

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

463

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Juillet 1900, à 1 heure.

Par ROBERT RUILIER

Né à l'Anse-Bertrand (Guadeloupe), le 10 février 1875

DES TROUBLES

DE LA

SENSIBILITÉ DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

CHEZ LES DYSPEPTIQUES

Président : M. FOURNIER, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

GILLES DE LA TOURETTE, } *Agrégés.*
VARNIER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

463

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Juillet 1900, à 1 heure.

Par ROBERT RUILIER

Né à l'Anse Bertrand (Guadeloupe), le 10 février 1875

DES TROUBLES

DE LA

SENSIBILITÉ DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

CHEZ LES DYSPEPTIQUES

Président : M. FOURNIER, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

GILLES DE LA TOURETTE, } *Agrégés.*
VARNIER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ DEBOVE.
		{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
		{ POTAIN.
Clinique médicale.....		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....		RAYMOND.
		{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
		{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....		PANAS.
Clinique des voies urinaires.....		GUYN.
Clinique d'accouchements.....		{ PINARD.
		{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté ; PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

*A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur FOURNIER

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Une tradition déjà ancienne veut qu'au moment de terminer ses études, on regarde en arrière et remercie ses maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

Nous ne voudrions pour rien au monde, manquer à cette tradition, car nous sentons bien aujourd'hui qu'elle est née du cœur.

M. Gilles de la Tourette a été pour nous, non seulement un maître affectueux et aimé, mais encore un guide et un conseil précieux pendant tout le cours de nos études médicales. Qu'il sache bien que nous lui garderons toujours un souvenir vivant et reconnaissant.

Nous avons passé à l'hôpital Laënnec une délicieuse année avec M. Jean-Louis Faure. Nous ne saurions trop le remercier ici de l'initiative qu'il nous a laissée au point de vue chirurgical.

M. Mathieu a droit, à plusieurs titres, à notre reconnaissance. Non seulement, il nous a appris tout ce que nous savons en pathologie gastrique, non seulement il nous a appris à guérir souvent et à soulager toujours les dyspeptiques, mais encore, il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, nous communiquer ses documents, et nous éclairer de ses conseils.

C'est avec plaisir que nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

MM. Pierre Delbet et Merklen ont été nos maîtres de la première année, nous tenons à les remercier ici, car

il n'est point de jours que nous ne nous apercevions du profit que nous avons retiré de leurs leçons.

Nous n'oublierons pas les mois intéressants que nous avons passés à la Maternité de Saint-Antoine, et nous serons toujours reconnaissant à M. Bar de nous avoir accepté dans son service.

Nous garderons un bon souvenir des maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui savent prodiguer aux étudiants un enseignement aussi désintéressé qu'éclairé.

Que M. le professeur Fournier veuille bien nous permettre de le remercier pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

L'étude des troubles de la sensibilité de la région gastrique comprend deux grandes divisions : l'étude des troubles de la sensibilité profonde, et celle des troubles de la sensibilité superficielle, cutanée.

Dans notre travail, nous ne nous occuperons pas des douleurs plus ou moins variées que peuvent ressentir les malades du fait de leur gastropathie. Que les malades atteints de dyspepsie sensitivo-motrice (1) éprouvent une sensation de pesanteur ou de barre transversale ; qu'ils aient du gonflement abdominal, des renvois, etc.

Que les hyperchlorhydriques aient des douleurs tardives, très vives, irradiant dans le côté, que ces douleurs soient soulagées par l'ingestion des aliments, etc., peu nous importe pour le moment ou à peu près ; ce ne sont pas ces phénomènes subjectifs que nous voulons analyser. Nous en tiendrons compte cependant pour essayer d'interpréter les troubles que nous auront révélés la palpation ou mieux l'exploration de la région gastrique et que nous désirons étudier spécialement.

Ces troubles de la sensibilité de la région gastrique sont assez nombreux et assez variés chez les gastropathes. Ils se présentent cependant avec un ensemble de caractères assez constants qui permet de les classer.

S'ils ne sont pas par eux-mêmes toujours suffisants

(1) Les états dyspeptiques sont classés suivant la nomenclature de M. MATHIEU (*Traité de médecine*).

pour déterminer un diagnostic, ils indiquent d'une façon assez précise dans quel sens le médecin doit se diriger. Il est des fois même où certains renseignements obtenus par l'exploration de cette sensibilité acquièrent la valeur d'un symptôme presque pathognomonique ; dans la gastrique alcoolique par exemple.

En tous cas, les viciations de la sensibilité de la région gastrique ont une grande importance au point de vue de l'évolution de la maladie, de sa durée, et partant, de son pronostic.

Quand on examine l'estomac d'un dyspeptique, on doit mettre le malade dans le décubitus dorsal, la tête la plus basse possible, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, les talons rapprochés et les genoux retombant à droite et à gauche, afin d'obtenir la résolution la plus complète. Ce n'est que quand on a obtenu cette résolution qu'on peut se livrer à un examen fructueux.

Après avoir délimité la situation de l'estomac, il est quelques points que l'on explore tout spécialement : le creux épigastrique, la face antérieure de l'estomac, la grande courbure.

Les notions obtenues par cet examen nous conduisent souvent à étudier, au point de vue sensibilité, non seulement la région gastrique mais encore tout l'abdomen, les flancs, la région dorsale du tronc, et même le corps tout entier, examen que l'on devrait faire systématiquement, vu l'importance des troubles que les névroses et en particulier l'hystérie peuvent déterminer du côté de l'estomac.

CHAPITRE PREMIER

Le point épigastrique.

Dans la plupart des affections douloureuses de l'estomac, les malades indiquent eux-mêmes un point douloureux, situé au niveau du creux épigastrique et que l'on appelle le *point épigastrique*. Ce point épigastrique ne varie pas et sa localisation a été indiquée par M. Mathieu d'une façon très précise. Voici ce qu'en dit M. Mathieu dans la deuxième édition du *Traité de médecine* :

« Si l'on fait passer une ligne horizontale par le massif cartilagineux qui correspond à la neuvième côte des deux côtés, cette ligne rencontre à angle droit, la ligne médiane verticale correspondant à la ligne blanche. Ainsi se trouvent dessinés deux triangles rectangles adossés dont l'hypothénuse est représentée en dehors, par les fausses côtes, le sommet par l'appendice xyphoïde. Le point douloureux à la palpation se trouve le plus souvent au niveau de l'angle droit du triangle épigastrique droit ».

Cette douleur est connue depuis longtemps.

Cruveilhier le premier, en a remarqué la grande fréquence et l'a appelée le *point épigastrique* ; mais il l'a attribuée à un ulcère de l'estomac en activité.

Brinton est revenu plus tard sur cette douleur, il en a indiqué assez nettement le siège, mais comme Cruveilhier, il l'a attribuée à un ulcère. Voici ce que dit Brinton :

« La douleur de l'ulcère se distingue par son siège, le point où elle se montre tout d'abord et avec la plus grande intensité et où elle reste souvent exclusivement limitée, correspond au centre de l'épigastre, sur la ligne médiane de l'abdomen. La portion de la région épigastrique à laquelle se rapporte la douleur forme un espace circulaire qui a rarement plus de deux pouces de diamètre, parfois même c'est un point qui n'a pas la moitié de cette étendue ».

On est assez étonné aujourd'hui que ce symptôme ait été attribué à l'ulcère, ce point épigastrique est, en effet, extrêmement fréquent et on pourrait presque dire qu'à peu d'exceptions près, il existe dans toutes les dyspepsies douloureuses.

Ce fait était facile à constater. Reconnu de tous aujourd'hui, il est à lui seul suffisant pour prouver que l'explication de Cruveilhier et de Brinton n'est pas la vraie.

Pendant assez longtemps, M. Mathieu a attribué cette douleur au pylore, et il disait même point pylorique, aussi souvent que point épigastrique.

On fait jouer un grand rôle aux spasmes du pylore dans les douleurs tardives intenses que ressentent les hyperchlorhydriques, hypothèse qui semble vérifiée par le fait que la gastro-entérostomie amène la disparition de ces douleurs (On ne peut guère, en effet, expliquer la disparition de ces douleurs qu'en admettant que le pylore étant mis au repos, le spasme dont il était atteint disparaît).

L'opinion de M. Mathieu pouvait donc paraître admissible, au moins pour certains cas.

Cependant, on pouvait *a priori* lui faire l'objection suivante : Le pylore est mobile, il se déplace vers la droite, au fur et à mesure que l'estomac se remplit, tandis

que le point épigastrique ne varie pas, que l'estomac soit vide ou plein.

D'ailleurs, M. Mathieu essaya d'apporter une preuve anatomique à l'appui de ses idées, mais ses recherches lui démontrèrent que le pylore ne correspondait pas toujours au siège de la douleur et il abandonna complètement sa dénomination de point pylorique pour accepter uniquement celle de point épigastrique qui avait l'avantage de ne suggérer aucune idée pathogénique.

Leven a un des premiers attribué cette douleur du point épigastrique, à l'excitation du plexus solaire, mais il a décrit chez beaucoup de ses malades une série de points douloureux péri-ombilicaux qui correspondent d'après lui aux divers plexus du grand sympathique abdominal, et il n'a tenu absolument aucun compte des diverses affections qui peuvent déterminer des points douloureux à la pression dans ces régions (contractions localisées du colon, par exemple).

Boas et Lahussen ont observé des cas où le point épigastrique existait seul et l'ont attribué à l'irritation du plexus solaire, mais n'ont donné aucune preuve à l'appui de leur opinion.

Dans un très intéressant travail paru dans la *Revue de Medecine* du 10 novembre 1899, M. J.-Ch. Roux a repris cette question, et a eu le très grand mérite de nous faire connaître d'une façon définitive la pathogénie de cette douleur.

A l'aide de 6 autopsies, il a pu donner la preuve anatomique de l'idée que Boas et Lahussen avaient émise à titre d'hypothèse, à savoir que cette douleur est due à l'irritation du plexus solaire.

A l'aide d'un esthésiomètre qu'il a fait construire, M. Roux a pu étudier l'intensité de cette douleur à

diverses étapes de la maladie et même à divers moments de la journée, il nous a montré ainsi les variations de cette douleur, et établi les relations qui existent entre son intensité et l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique, reléguant au second plan comme causes des souffrances des gastropathes, la proportion trop forte d'acide chlorhydrique ou d'acides organiques.

De cette étude, ressortent des notions cliniques et thérapeutiques très pratiques. C'est ainsi, en effet, que nous savons maintenant que la douleur est augmentée par certains aliments, ceux qui séjournent longtemps dans l'estomac : viande, pain, pâtisseries, les substances caustiques ou acides.

Les émotions et les chagrins semblent agir de même.

Certains médicaments auraient une action calmante : tels : l'eau chloroformée, la cocaïne et surtout le sinapisme.

L'étude de M. Roux, en nous faisant connaître la raison de la douleur au creux épigastrique, nous a par contre montré que nous ne saurions attacher à ce symptôme, aucune valeur diagnostique ; car non seulement il peut se manifester, et il se manifeste dans tous les états dyspeptiques, quels qu'ils soient, mais encore il peut se manifester dans les irritations d'autres viscères de l'abdomen, indépendamment d'un état pathologique de l'estomac. En effet, si l'hypéresthésie de la muqueuse gastrique réagit sur le plexus nerveux qui entoure le tronc cœliaque, l'irritation des autres organes qui reçoivent des fibres nerveuses de ce plexus : le foie, la rate, pourra réagir également sur ce même plexus et donner lieu à la douleur au point épigastrique. C'est ainsi que les coliques hépatiques la déterminent. Les entéro-colites, la constipation agissent de même ainsi que les ptoses d'ailleurs.

Mais, si ce symptôme n'a pas une grande valeur diagnostique, il a par contre une valeur réelle au point de vue du pronostic. Il est en effet certain qu'un malade qui réagit à une pression de 3,000 grammes, est atteint d'une dyspepsie beaucoup moins grave ou tout au moins beaucoup moins intense qu'un autre qui réagit à 1,000 ou 2,000. Il est encore certain qu'un malade dont la douleur au creux épigastrique est diminuée et rapidement par le régime, guérira plus tôt qu'un autre dont la douleur ne l'est pas ou l'est à peine.

De plus, et c'est, pour nous, le grand avantage que nous avons retiré de l'étude de M. Roux. Nous pouvons, à l'aide de son esthésiomètre, régler d'une façon presque mathématique le régime à instituer pour nos malades, sinon toujours, du moins très souvent et ce n'est pas là un point à dédaigner en thérapeutique.

Cette douleur au creux épigastrique est donc pour nous un précieux point de repère pour savoir ce que deviennent nos malades. Si, après quelques jours de traitement, le malade accuse une amélioration et que le point épigastrique reste aussi douloureux qu'au début, nous devons rester en éveil, savoir que le feu couve sous la cendre, et que les phénomènes dyspeptiques pourront se manifester de nouveau, aussi intenses qu'aux premiers jours ; au contraire, si nous constatons une diminution de la douleur à la pression du point épigastrique, nous pourrions être presque sûrs que notre malade est en bonne voie de guérison.

Il semblerait cependant qu'on puisse faire *a priori*, une objection à M. Roux.

Nous lisons à la fin de la publication : « On se rend compte que le symptôme qui domine tous les autres dans les manifestations douloureuses d'une gastropathie quel-

conque, c'est bien le degré d'hyperesthésie de la muqueuse gastrique ; cette modification de la sensibilité de la muqueuse gastrique est la condition nécessaire pour que le malade souffre ; la proportion trop forte d'acide chlorhydrique ou d'acides organiques, le séjour trop prolongé des aliments dans la cavité de l'estomac sont des facteurs qui n'interviennent qu'en seconde ligne pour régler l'aspect clinique de la douleur gastrique ».

Cette conclusion semble un peu exagérée. Nous avons vu, en effet, des hyperchlorhydriques qui souffraient, être soulagés par l'ingestion d'albuminoïdes, de la viande, et les douleurs recommencer quelques heures après, au moment où la digestion, étant terminée, l'acide chlorhydrique en excès n'avait plus rien pour le saturer et pouvait exercer son action sur la muqueuse. Ceci semble si vrai que ces mêmes hyperchlorhydriques ne sont nullement soulagés par l'ingestion des hydrates de carbone.

Si la théorie de M. Roux était absolument vraie et applicable à tous les cas de dyspepsie, les hyperchlorhydriques, loin d'être calmés par l'ingestion de la viande, devraient souffrir davantage, puisque la viande est un aliment qui séjourne longtemps dans l'estomac et que les aliments de cette espèce ont amené dans les cas qu'il a étudiés une augmentation de la douleur au point épigastrique.

A cette objection, on peut, il est vrai, répondre que les hyperchlorhydriques souffrent non pas uniquement à cause de leur acide chlorhydrique en excès mais parce que cet acide en excès irrite une muqueuse déjà hyperesthésiée. Ce qui donne du poids à cet argument c'est que beaucoup d'individus qui ont bon appétit, digèrent bien, se portent bien, ont de l'hyperchlorhydrie. Si les hyperchlorhydriques qui souffrent sont soulagés par la viande,

c'est qu'on remplace un corps, l'acide chlorhydrique, plus irritant, par une substance, la viande, beaucoup moins irritante. Peut-être ? En tout cas, la solution à ce problème n'a qu'un intérêt scientifique, elle ne diminuerait en rien la valeur des données pratiques que nous avons mises en lumière plus haut ; puisque lorsque les malades souffrent moins, quelle que soit la cause de ce soulagement, l'esthésiomètre indique une diminution de la douleur au point épigastrique et réciproquement.

A côté de ce trouble de la sensibilité profonde on peut trouver des troubles de la sensibilité superficielle. Il n'est pas rare, en effet, de constater au niveau de ce point épigastrique, chez un certain nombre de dyspeptiques, une plaque d'anesthésie ou d'hyperesthésie d'étendue variable, le plus souvent de la largeur d'une pièce de 5 fr. Les malades qui présentent ces troubles cutanés sont tous des hystériques qui ont profité de leurs lésions profondes pour y surajouter des troubles cutanés. Nous reviendrons un peu plus longuement sur ce sujet, en étudiant la face antérieure de l'estomac, nous verrons qu'il n'y a là rien de spécial, et qu'il se passe au niveau de l'estomac ce qui se passe au niveau d'autres organes. Il nous suffit ici de signaler ce fait.

Rappelons aussi que ce point épigastrique est très souvent chez les hystériques un point hystérogène.

CHAPITRE II

Face antérieure de l'estomac et grande courbure.

A. Sensibilité profonde.

Pendant l'année que nous avons passé à l'hôpital Andral, nous avons souvent entendu enseigner par M. Mathieu, qu'un certain nombre de gastropathes présentent au niveau de la face antérieure de l'estomac et le long de la grande courbure, une douleur plus ou moins marquée. Recherchant la cause de cette douleur, M. Mathieu a été frappé par ce fait que tous les malades qui la présentent sont des alcooliques. Certes, tous les alcooliques ne la présentent pas, mais tous ceux qui l'ont sont plus ou moins entachés d'habitudes éthyliques. M. Mathieu nous a même appris à considérer cette douleur le long de la grande courbure de l'estomac comme un signe pathognomonique de la gastrite alcoolique.

Cette douleur présente-t-elle des caractères spéciaux ?

1° Cette douleur ne semble pas spontanée ; alors que les dyspepsiques indiquent du doigt, comme nous l'avons dit plus haut, le point épigastrique, ils ne parlent pas de leur douleur le long de la grande courbure ; il n'y a, nous semble-t-il, d'exception à faire que pour certains névropathes, certains neurasthéniques qui passent leur journée à s'étudier, à s'analyser et à vouloir interpréter eux-mêmes leur mal. Ceux-là, souffrant de l'estomac, examinent leur épigastre, palpent leur ventre et arrivent

ainsi à déceler cette douleur et s'ils en parlent au médecin, c'est qu'ils l'ont découverte par la palpation ;

2° Cette douleur est bien localisée ; elle siège tout le long de la grande courbure depuis le cardia jusqu'au pylore. Elle irradie quelquefois sur la face antérieure de l'estomac, mais jamais au-delà ; il nous semble qu'il y ait là une question de degré, les irradiations sur la face antérieure de l'estomac étant en rapport avec une gastrite plus intense, ces irradiations sont les premières à s'effacer alors que la douleur de la grande courbure persiste souvent assez longtemps ;

3° Cette douleur ne nous a jamais paru bien vive ; les malades ne réagissent pas énormément, ils se contentent de signaler leur mal et de contracter par un mouvement réflexe, les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen.

Nous ne sommes donc pas, au point de vue de l'intensité de cette douleur, du même avis que M. Milian qui, dans un article paru dans la *Presse Médicale* du 18 avril 1900 et intitulé : « Les points de côté des alcooliques », parle de la douleur le long de la grande courbure, en ces termes : « Le malade se plaint d'une douleur assez vive au creux de l'estomac et sous le rebord des fausses côtes gauches. *Elle est suffisante pour interdire toute inspiration profonde* ; la pression l'exaspère d'une manière assez exquise, le long de la grande courbure de l'estomac, jusque sur les côtes et au niveau du point de Guéneau de Mussy du côté gauche ».

Telle était l'opinion que nous nous étions faite de cette douleur à la face antérieure de l'estomac, alors que nous étions l'élève de M. Mathieu, il y a deux ans.

Depuis cette époque, l'attention de M. Mathieu a été attirée par ce fait qu'une certaine catégorie de malades, non suspects d'éthylisme, présentent également de la

douleur à la face antérieure de l'estomac à la palpation profonde. Ces malades sont presque tous des femmes et des femmes névropathes, soit qu'elles soient nettement hystériques de par leurs crises de nerfs ou leurs stigmates bien caractérisés ; soit qu'on puisse fortement les suspecter d'hystérie de par leur grande émotivité, leurs crises de larmes, leur sensation de boule hystérique.

Nous avons pu recueillir à l'hôpital Andral 110 observations où se trouve notée la douleur à la face antérieure de l'estomac ; nous les diviserons en quatre groupes : Dans le 1^{er} groupe, nous plaçons toutes les observations de gastrite alcoolique nette. L'alcool est le seul facteur étiologique de la dyspepsie. Ces observations sont au nombre de 45. — Dans le 2^e groupe, nous plaçons des types cliniques variés de dyspepsie chez des hystériques nets. Le facteur alcool est absent. Ces observations sont au nombre de 25. — Dans le 3^e groupe, comprenant 8 observations, nous trouvons l'alcool et l'hystérie. — Enfin le 4^e groupe est réservé à des observations peu concluantes, au nombre de 32. — Ces dernières sont peu concluantes parce que souvent, nous n'avons aucun renseignement sur l'état névropathique des malades, aucun renseignement sur leurs habitudes éthyliques ; d'autres fois, parce que, si ces malades présentent quelques signes d'intoxication alcoolique : crampes dans les mollets et cauchemars ; cauchemars et pituites ; pituites et gros foie ou quelques signes de névropathie, nous n'avons pas considéré ces signes comme suffisants pour les placer dans tel ou tel de nos trois premiers groupes.

Quoique nous n'ayons aucune conclusion à tirer de ces dernières observations, nous avons tenu à les citer tout de même pour être le plus complet possible.

I^{er} GROUPE. — *Gastrite éthylique nette.*

Obs. I. — A... (H.), marchand de vins, 35 ans.

A 11 ans : bronchite.

A 23 ans : fièvre typhoïde.

Nourriture régulière. Mange beaucoup. Mastication insuffisante.

1 litre 1/2 de vin par jour. Apéritifs : amer, petit verre.

Pas de crises de nerfs.

Souffre de l'estomac depuis 3 mois.

Le matin à jeun, renvois sans odeur : crachats blanchâtres très abondants.

Petit déjeuner : café au lait, quelquefois pesanteur, pas de douleur vive.

Avant déjeuner : faim douloureuse.

Appétit conservé : Après le repas, bouffées de chaleur, envies de dormir, gonflement, oppression, renvois gazeux sans saveur ni odeur. Pas d'aigreurs.

Pas de vomissements, pas d'hématémèse.

Après dîner : mêmes phénomènes.

Nuit mauvaise : cauchemars.

Au début : diarrhée qui a duré deux mois, selles liquides, abondantes, pas de sang ; en a rendu cependant une fois : sang rouge-clair de valeur d'une cuillerée à café.

Examen : Foie descend à 3 travers de doigt au-dessous rebord des fausses côtes.

Mobilité exagérée : dimension, 9 centimètres.

Espace de Traube : diminué.

Pas de clapotage. 3 heures après injection de café au lait.

Légère sensibilité le long de la grande courbure. Point épigastrique peu marqué.

Traitement : régime n° 2.

Boissons chaudes : sels de Carlsbadt.

Le malade n'est plus revenu.

Diagnostic : Gastrite éthylique légère avec phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Obs. II. — B..., cantonnier, 42 ans.

Antécédents personnels : nuls.

Depuis 3 ans : prend 2 litres de vin par jour et plusieurs verres d'absinthe.

Vient consulter simplement parce qu'il a perdu absolument l'appétit : et qu'il a le matin des pituites abondantes ; il se plaint aussi de douleurs sourdes dans tout l'abdomen qu'il compare à une sensation de rongement.

Pas de ballonnement, pas de pesanteur, pas de vomissements.

Nuit mauvaise : cauchemars fréquents.

Tremblement marqué presque généralisé, voix tremblée.

Crampes dans les mollets.

Réflexes rotuliens forts.

Foie petit. Point épigastrique peu marqué.

Pas de clapotage.

Palpation douloureuse le long de la grande courbure, située à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Régime lacté. Chlorate de soude.

Malade n'est pas revenu.

Obs. III. — B..., 37 ans.

A. P. : nuls.

A. N. Colères faciles. Pas de crises de nerfs. Sensation de boule, rétrécissement du champ visuel à gauche. Sensibilité normale.

A. E. 1 litre de vin par jour. Apéritifs de temps en temps, petits verres d'aleool. Pituites. Tremblement des mains et de la langue.

Mastication insuffisante.

Début date de 19 ans.

A ce moment : assez souvent, vers 4 heures de l'après-midi, vomissements pituiteux, 2 à 3 gorgées d'un liquide clair, salé : en dehors de ces vomissements pituiteux, aucun trouble gastrique.

Cet état s'est prolongé jusqu'à il y a deux ans. Depuis cette époque : vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, aigreurs, brûlures au creux épigastrique assez marquées durant environ 20 minutes : ingestion des aliments calme ces brûlures : les vomissements pituiteux persistent.

Foie de 7 centimètres. Espace de Traube tympanique.

Sensibilité assez marquée le long de la grande courbure. Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

Pas de rein mobile.

Le malade a été mis au lait, potage au lait et aux œufs.

Le malade a été revu trois jours après : il allait beaucoup mieux : la sensibilité le long de la grande courbure persistait encore, mais très atténuée.

Analyse (1) : A = 146^{mm}.
T = 306.
H = 80.
C = 62.
H + C = 142.
F = 164.

Obs. IV. — B..., mécanicien, 57 ans.

Antécédents personnels : nuls.

Ethylisme : 1 litre de vin par jour, 1 petit verre de rhum le matin à jeun.

2 ou 3 absinthes par semaine.

Tremblement léger des mains. Pas de pituite, pas de crampe dans les mollets.

Antécédents médicamenteux : nuls.

Début : il y a 3 ans : sensation de barre aussitôt après le repas de midi, débutant au niveau de l'hypochondre gauche et s'irradiant dans l'hypochondre droit.

Depuis quelques mois : phénomènes dyspeptiques ont augmenté.

Le malade ne prend rien le matin, et s'en trouve bien. A midi, appétit diminué : dégoût de la viande.

Vomissements journaliers : alimentaires.

Aussitôt vomissements : sensation de barre dont nous avons parlé plus haut, qui dure jusqu'à 3 heures environ.

A diner : le malade prend seulement un peu de soupe, ce qui ne l'empêche pas d'éprouver la même sensation de barre, mais atténuée, ne vomit pas.

Nuit mauvaise, cauchemars.

A maigri de 6 livres en 1 mois et a été obligé de cesser son travail.

Foie normal.

Douleur le long de la grande courbure.

Traube normal.

Potage, lait, œufs.

Bicarbonate de soude et magnésie.

Malade n'est pas revenu.

Obs. V. — B..., employé en vins, 37 ans.

A. P. dysenterie à 21 ans. Syphilis à 26 ans.

Bronchite il y a 1 mois.

A. N. Stigmates de neurasthénie ?

(1) Les analyses ont été faites 1 heure après le repas d'Ewald, et le dosage se rapporte à 100 centimètres cubes.

A. E. 1 bouteille de vin. A bu beaucoup autrefois bière, apéritifs, petits verres d'alcool. A cessé ces excès depuis 4-5 ans.

Souffre depuis 4 ans.

A pris beaucoup de médicaments : sirop de Gibert, pilules de protoïodure, perles de térébenthine, ichtyol.

Douleurs tardives après les repas.

Nuit mauvaise. Agitation.

Pas de vomissements. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Foie douloureux. Douleur le long de la courbure.

Chimisme presque normal. Hyperchlorhydrie légère.

Obs. VI. — C..., employé de commerce, 39 ans.

A. P. Embarras gastrique fébrile ? Dysenterie pendant l'enfance.

A. N. Stigmates de neurasthénie. Pas d'hystérie. Mastication insuffisante.

A. E. 2 litres de vin. 1 absinthe. Pas de petits verres d'alcool. Crampes. Pituïtes matutinales.

Souffre depuis 1 mois. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Estomac ne paraît pas dilaté. Pas de clapotage.

Palpation de l'estomac assez douloureuse.

Foie petit.

Obs. VII. — Armurier, 62 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. depuis 20 ans excès éthyliques. Pas de renseignements quantitatifs. Crampes dans les mollets. Cauchemars. Tremblement des mains. Pas de douleur à la pression des masses musculaires.

Pas de pituite.

Appétit diminué.

Douleurs vives à jeun et dans l'intervalle des repas, calmées par l'ingestion des aliments.

Depuis 8 jours, vomissements pituiteux, bilieux.

Foie normal.

Traube tympanique.

Point épigastrique marqué.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

Obs. VIII. — C..., employé, 28 ans.

A. P. nuls,

A. N. nuls.

A. E. 1/2 litre de vin. Petits verres. Pas d'apéritifs. Rêves. Cauchemars. Crampes dans les mollets. Vomissements pituiteux vers 4 heures de l'après-midi et deux heures du matin.

Souffre depuis une quinzaine d'années.

Autrefois souffrait par périodes de huit jours ; actuellement souffre continuellement.

Appétit diminué. Symptômes d'hyperchlorhydrie. Pas de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Foie : 9 centimètres.

Légère sensibilité le long de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

OBS. IX. — D... , doreur sur bois.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. 7 litres 1/2 de vin. 7-8 absinthes. Une douzaine de petits verres. Pituites. Crampes. Cauchemars. Tremblement des mains. Perte de l'appétit.

Très gros foie..

A jeun : Crampes. Tiraillements durant jusqu'à midi. Douleurs tardives après les repas. Quelques vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Foie : 20 centimètres ; douloureux.

Traube normal.

Douleur de la face antérieure de l'estomac.

OBS. X. — D... , 43 ans.

A. P. nuls.

A. E. 1 litre de vin par jour, 1 absinthe, 1 verre de rhum le matin à jeun, 2 tasses de café.

Tremblement marqué des mains et de la langue. Crampes dans les mollets.

Pas de cauchemars.

Antécédents médicamenteux : nuls.

A. E. Emporté. Pas de crises de nerfs.

Début il y a 6 mois à la suite de la mort de sa mère qui lui a causé une grande émotion. L'appétit, assez bon jusque-là, a commencé à diminuer : deux ou trois fois par mois, pendant 5 mois, a eu aussitôt après le réveil des vomissements glaireux survenant après des efforts assez nombreux et assez douloureux.

Depuis 1 mois : anorexie presque absolue, les vomissements glaireux se reproduisent maintenant tous les matins ; quantité : 1 verre environ.

Prend alors 1 verre de lait qui est bien toléré. Mange très peu aux autres repas et ne souffre pas. Nuit mauvaise sans souffrance.

Maigrissement assez notable : 10-11 livres depuis 1 mois. A interrompu son travail.

Diarrhée depuis 1 mois.

Foie plutôt petit.

Pression douloureuse au niveau du plexus solaire.

Palpation douloureuse le long de la grande courbure.

Régime lacté. Chlorate de soude.

Malade n'est pas revenu.

Obs. XI. — F..., garçon de restaurant, 44 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. jusqu'à 10-12 absinthes, vin, alcool.

Crampes dans les mollets, cauchemars, pituites, appétit disparu.

Après les repas, douleurs tardives très violentes avec irradiations dans les côtés et dans la région inter-scapulaire.

Vomissements alimentaires provoqués par le malade. Pas d'hématémèse ni de mœlena. Douleurs à la face antérieure de l'estomac avec maximum le long de la grande courbure. Foie paraît plutôt petit. Ventre tympanique.

Obs. XII. — G..., maroquinier, 38 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de stigmat.

A. E. a fait il y a une dizaine d'années de grands excès éthyliques, bière, 5-6 apéritifs, vins, etc., boit modérément maintenant (pas de renseignements quantitatifs, état nauséux le matin, nuit mauvaise, crampes, rêves professionnels, cauchemars. Gros foie.

Appétit diminué, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, pas de vomissement, pas d'hématémèse.

Foie : 15-16 centimètres.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XIII. — G..., garçon de café; 43 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. pas de renseignements, crampes, cauchemars, pas de pitoite.

Pas de médicaments.

Appétit irrégulier, phénomène de dyspepsie sensitivo-motrice.

Point épigastrique marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

Obs. XIV. — G..., mouleur en bronze, 50 ans.

A. P. Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans.

A. N. Pas de stigmatisme de neurasthénie.

— d'hystérie.

Ethylisme, 1 litre de vin par jour, un apéritif, alcool après le café, pas de cauchemar, pas de crampe dans les mollets, pas de tremblement, mastication suffisante.

Médicaments : bicarbonate de soude, souffre de l'estomac depuis dix ans environ : mais a souffert de façon intermittente.

Actuellement anorexie assez marquée. Pas de dégoût pour la viande ni pour les graisses.

A jeun ne souffre pas.

Immédiatement après le repas de midi : vomissements presque sans efforts très abondants, d'une quantité souvent supérieure à celle des aliments ingérés.

Vomissements alimentaires accompagnés de beaucoup de glaires.

Il y a 6 mois quelques filets de sang striaient ces vomissements.

Quand il ne vomit pas 2 heures après le déjeuner : gonflement abdominal, renvois gazeux, d'une odeur fade, légère brûlure au creux épigastrique.

Constipation opiniâtre.

Amaigrissement peu marqué.

Foie mobile, descend à 4 ou 5 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, à la fin de l'inspection : hauteur 9-10 centimètres.

Douleurs à la palpation de la grande courbure avec maximum au point épigastrique.

Traitement : lait, potage, œufs, 4 petits repas par jour, eau chloroformée.

Obs. XV. — G..., asticateur, 40 ans.

A. P. Rougeole à 9 ans. Variole. Fièvre typhoïde.

A. E. 2 litres de vin par jour. Un verre d'alcool après le café. Absinthe rarement.

Souffre depuis un an. Environ une demi-heure après le repas :

sensation de barre, de pesanteur à la région épigastrique avec douleur correspondante au rachis. Puis, renvois, nausées et enfin le malade rendait sans efforts les aliments ingérés. Il lui est arrivé de remarquer dans ses vomissements des aliments de la veille.

Ces vomissements étaient très acides, laissaient le long de l'œsophage une sensation de brûlure quelquefois très intense. Ces vomissements soulageaient complètement le malade. Ces phénomènes durent depuis un an, il a eu de très faibles périodes de rémission ; depuis un mois, ils ont augmenté au point que le malade a dû cesser tout travail. Depuis, le malade a fréquemment des cauchemars.

Amaigrissement assez marqué pendant ce dernier mois. Pas de pesée.

Foie plutôt petit.

Douleur à la palpation, au niveau de toute la région gastrique. Percussion douloureuse.

Pas de tumeur à la palpation.

Insufflation montre que la petite courbure est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Estomac pas dilaté.

Lait ; chlorate de soude, 6 grammes par jour.

Obs. XVI. — H. . . , chauffeur, 58 ans.

Souffre de l'estomac depuis 3 mois. A la suite de chagrins, à fait des excès alcooliques.

2 litres de vin, 2 absinthes. Vomissements pituiteux le matin à jeun. Cauchemars. Crampes dans les mollets.

Souffre continuellement, sauf la nuit.

Le lait est seul supporté, il calme momentanément les douleurs. Pas de vomissements.

Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

A. N. Emotif. Pas de crises. Hemi-hypoesthésie droite. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Foie gros.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

Obs. XVII. — L. . . , lithographe, 38 ans.

A. P. nuls.

A. N. Emotif. Crises de larmes. Stigmates de neurasthénie.

A. E. 1 litre de vin. Apéritifs de temps en temps. Petits verres d'alcool. Les signes d'intoxication n'ont pas été recherchés.

Souffre depuis 15 ans. A commencé à souffrir au régiment.
Gastrite aiguë.

Appétit conservé. Dyspepsie sensitivo-motrice. Vomissements très fréquents anciennement, ils ne se sont plus renouvelés depuis 5 ans.

Pas d'hématémèse.

Foie gros : 11 centimètres.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XVIII. — L..., cocher, 36 ans.

A. P. Fièvres paludéennes en Afrique, lors du service militaire.
Ictère, il y a 2 ans ?

Ethylisme : 1 litre de vin par jour. Un verre de cognac avec le café. Apéritifs. Pas de crampes. Pas de pituites, cauchemars.

A. N. Se dit très impressionnable. Pas de crises de nerfs ; pas de stigmates hystériques. Début remonte à deux mois : malade fut pris brusquement dans la nuit de douleurs au creux épigastrique qui se terminèrent par un vomissement alimentaire ; le lendemain, les mêmes douleurs se répétèrent et donnèrent lieu à deux vomissements glaireux. Depuis cette époque, ces douleurs sont continues durant toute la nuit et entravent le sommeil ; ces douleurs ne sont point calmées par l'ingestion des aliments. Après les repas, le malade éprouve une sensation de brûlure au creux épigastrique remontant le long du sternum jusqu'à la gorge ; de l'oppression ; du ballonnement du ventre.

A maigri de 15 livres. Diminution des forces.

Examen :

Foie, 13 centimètres, douloureux.

Hyperesthésie de la base du thorax.

Douleur le long de la grande courbure et de la face antérieure de l'estomac.

Obs. XIX. — L..., homme de peine, 32 ans.

A. P. Nuls.

A. M. id.

A. E. : 1/2 litre de vin par repas, verre de rhum le matin à jeun, cognac après le café, apéritifs presque tous les jours (vermouth, absinthe).

Souvent 1 litre de vin dans l'après-midi.

Cauchemars fréquents. Pas de pituite.

Pas de stigmates neurasthéniques.

Pas de crises de nerfs.

Souffre depuis deux mois :

Le matin, au lever, crampes.

Le petit déjeuner composé de lait calme les douleurs.

Entre 10 et 11 heures, ces crampes reparaissent quelquefois très intenses.

Le déjeuner du midi calme de nouveau ces douleurs qui reparaissent vers 3 ou 4 heures, siégeant surtout à l'épigastre avec irradiation dans les côtes ; elles durent environ 1/4 d'heure à 1/2 heure.

Au diner, pas d'appétit.

Nuit bonne.

Jamais de vomissements.

Constipation opiniâtre.

Douleur sur toute la face antérieure de l'estomac, marquée surtout le long de la grande courbure.

Point épigastrique assez marqué.

Obs. XX. — L... , jardinier, 55 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de stigmat hystérie ni de neurasthénie.

A. E. 3 litres de vin par jour, 2 ou 3 apéritifs par jour.

Pituites, léger tremblement des mains.

Pas de crampes dans les mollets, pas de cauchemars.

Souffre depuis 1 an.

Le matin : nausées, grands efforts pour vomir.

Après les repas : tympanisme abdominal.

Sensation de pesanteur, ventre légèrement douloureux, constipation habituelle, pas de vomissements.

Foie descend à 2 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, matité de 15 centimètres.

Légère sensibilité le long de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

Obs. XXI. — H... , peintre en bâtiment, 40 ans.

A. P. coliques de plomb.

A. E. 1 litre 1/2 de vin par jour, apéritifs rares, café avec un verre de cognac.

A. M. aurait pris beaucoup de médicaments dont il ne peut spécifier la nature.

A. N. très nerveux, jamais de crise, pas de stigmatisme d'hystérie.
Souffre de l'estomac depuis 2 ans, au réveil, pituites, tiraillements.
Après petit déjeuner : sensation de poids, gonflement, renvois
durent jusqu'à 10 heures, quelquefois vomissements le soulagent.
Après le déjeuner de midi : mêmes phénomènes, nuit mau-
vaise, crampes et cauchemars.

Examen : douleur à la palpation dans toute la région épigastrique.

Pas de clapotage, estomac normal.

Foie petit.

Régime lacté.

Malade n'est pas revenu.

OBS. XXII. — L..., 42 ans.

A. P. nuls.

A. N. très impressionnable, pas de stigmates.

A. E. il y a quelques années, buvait 3 litres de vin par jour,
2-3 absinthes, 2-3 petits verres d'alcool, depuis 5-6 ans a supprimé
l'alcool, ne boit que ses 3 litres de vin.

Mastication insuffisante.

Au réveil, pituites.

Appétit conservé. Après les repas symptômes d'hyperchlorhydrie.
Il y a un an, pendant un mois, vomissements alimentaires fré-
quents ; pas d'hématémèse, s'est fait traiter. Mieux sensible. Vomis-
sements ont cessé, mais les douleurs continuent.

Rein mobile 1^{er} degré.

Clapotage jusqu'au niveau de l'ombilic, grande courbure dou-
loureuse à la pression,

Point épigastrique marqué.

OBS. XXIII. — L..., cocher, 40 ans.

A. P. nuls.

A. E. 1 litre de vin aux deux repas, plus 1 litre entre les repas.
1 petit verre d'alcool par jour. Apéritifs rares.

Ne boit plus à cause des souffrances qu'il éprouve.

Léger tremblement des doigts. Pituites. Cauchemars ont cessé
depuis quelques jours.

Au réveil : fatigue, céphalée, douleurs au niveau du sacrum.
Pituites, 1/2 verre environ, qui le soulagent un peu.

Appétit conservé. Après les repas : envies de dormir, brûlures,
sensation de plaie à vif quelquefois, renvois aigus.

Ces phénomènes, qui se reproduisent après les repas en général,

ne sont pas constants. Il est des jours où le malade n'éprouve rien. Leur durée est également très variable.

Nuit agitée.

Alternatives de constipation et de diarrhée.

Foie normal. Traube effacé.

Sensibilité le long de la grande courbure. Clapotage sus-ombilical très léger.

OBS. XXIV. — M. . . , ébéniste, 45 ans.

1/2 heure après le réveil, douleur au creux épigastrique, fringale. Pituites de la valeur d'un 1/2 verre.

Appétit conservé. Après le déjeuner : pesanteur, ballonnement, sensibilité de la région gastrique au palper, reconnue par le malade.

Quelquefois vomissements alimentaires très acides, agaçant les dents.

Le soir : mêmes phénomènes, vomissements plus fréquents cependant.

Cauchemars nombreux qui ont cessé depuis un an environ.

Examen : Foie normal.

Espace de Traube exagéré.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Flot transversal à jeun.

Liquide de stase hyperchlorhydrique.

OBS. XXV. — M. . . , garçon de restaurant, 29 ans.

A. H. nuls.

A. P. nuls.

A. N. pas de stigmates.

A. E. 3 litres de vin par jour, 8 petits verres d'alcool, 1 verre d'absinthe.

Pas de pituites. Crampes dans les mollets.

Souffre depuis 3 semaines.

Le matin, le malade est bien. Une 1/2 heure environ après le petit déjeuner : sensation de poids très marqué, renvois d'air, régurgitations acides ; brûlures vives le long de l'œsophage. Ces phénomènes durent environ 2 heures.

A midi, pas d'appétit. Les mêmes phénomènes se reproduisent environ 1/2 heure après le repas et durent jusqu'à 3 heures.

Après dîner : mêmes sensations.

Nuit bonne.

Constipation opiniâtre.

Examen : Foie : 7-8 centimètres.

Sensibilité marquée le long de la grande courbure ; maximum au point épigastrique.

Obs. XXVI. — M. ., ébéniste, 57 ans.

A. P. Nuls.

A. E. 1 litre 1/2 de vin par jour. Nombreux verres d'absinthe.

Crampes dans les mollets. Pituïtes le matin.

Pas de cauchemar.

A. N. Irritable, impressionnable.

Les stigmates d'hystérie n'ont pas été recherchés.

Souffre de l'estomac depuis un an.

Au réveil, le malade est bien.

Après le petit déjeuner : sensation de constriction à la région épigastrique accompagnée d'oppression, la douleur irradie vers la région lombaire et dure environ 1/2 heure. A midi, appétit conservé : mêmes phénomènes, ballonnement abdominal, renvois gazeux nombreux.

Après diner, mêmes phénomènes se prolongeant presque la moitié de la nuit et troublant le sommeil.

Examen : L'insufflation dénote un estomac normal. A la palpation, douleur au niveau de la face antérieure de l'estomac et le long de la grande courbure.

Pas de clapotage.

Foie un peu gros et sensible.

Obs. XXVII. — P. . ., peintre en bâtiment, 49 ans.

A. P. Coliques de plomb, il y a 5 à 6 ans.

A. N. Pas de renseignements.

A. E. Pas de renseignements quantitatifs : crampes dans les mollets. Pas de cauchemar. Pituïtes matutinales. Gros foie.

Appétit diminué.

Après les repas, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice et vers 3 heures de l'après-midi, brûlures assez violentes avec irradiations dans les côtés, durant environ deux heures.

Pas de vomissements. Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Foie gros et douloureux.

Point épigastrique marqué.

Pas de clapotage.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XXVIII. — P... (H.), mécanicien, 35 ans.

A. P. Pas de renseignements.

A. N. id.

A. E. Affirme n'avoir jamais bu.

Souffre depuis 1 an. A ce moment, pituites, cauchemars, crampes dans les mollets.

Les douleurs se sont accentuées depuis 3 mois. Suit un régime depuis 1 mois.

Au réveil : fatigues, plus de pituites.

Deux heures après premier déjeuner : douleur au creux épigastrique qui dure jusqu'à midi (sensation de constriction). Le repas de midi calme la douleur qui reparait deux heures après : elle est alors calmée par un peu de pain.

Mêmes phénomènes après diner. Quelquefois vomissements alimentaires puis bilieux.

Nuit mauvaise : cauchemars.

Tympanisme gastrique.

Traube exagéré.

Foie gros : 12 centimètres.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXIX. — P..., électricien, 35 ans.

A. P. fièvres intermittentes.

A. E. 1 litre 1/2 de vin. Rhum dans le café. De temps en temps apéritifs. Crampes dans les mollets. Cauchemars. Vomissements pituiteux dans l'après-midi, pas le matin.

Pas d'appétit.

Deux heures après les repas : brûlures au creux épigastrique avec irradiations dans les côtés. Etat nauséux, quelquefois vomissements glaireux.

Depuis peu, ces brûlures se manifestent immédiatement après les repas.

Mêmes phénomènes après le diner.

Foie abaissé, mais normal comme dimensions.

Point épigastrique assez marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XXX. — R..., 38 ans, camionneur.

A. P. syphilis à 25 ans. Il y a 2 ans, coup de pied de cheval au creux épigastrique, souffre de l'estomac depuis cette époque.

A. E. 2 litres de vin par jour. 2 à 3 verres d'absinthe. Petit verre d'alcool le matin à jeun.

A pris pour sa syphilis 3 à 4 litres d'iodure de potassium (ne connaît pas le titre de la solution) et 100 pilules de protoiodure de Hg.

Depuis 3 mois a supprimé l'alcool, ne boit que du lait.

Au début : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Actuellement, le matin : aigreurs.

Pituïtes peu intenses. Prend un peu de lait qu'il lui arrive assez fréquemment de rendre.

A midi : lait, potage au lait, œufs. Quelques minutes après : ballonnement, pesanteur, renvois gazeux acides ; régurgitation.

Après dîner : même état. Nuit bonne.

Constipation opiniâtre.

Amaigrissement de 10 kilog. en 2 ans.

Examen : Foie : 10 centimètres.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

Clapotage sus-ombilical à jeun.

Analyse : A. 226^{mmc}.

T = 336.

H = 103.

C = 131.

H + C = 234.

F 102.

Obs. XXXI. — V..., expéditionnaire, 33 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de renseignements.

A. E. pas de renseignements. Pituïtes matutinales. Crampes dans les mollets. Rêves professionnels. Cauchemars. Pas de médicaments.

Appétit conservé.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice. Vomissements pituiteux.

Pas de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse. Examen incomplet. Douleur le long de la grande courbure.

Obs. XXXII. — S..., mécanicien, 36 ans.

A. P. pas de renseignements.

A. N. pas de stigmates.

A. E. cidre, eau-de-vie, quelques apéritifs de temps en temps. Pituïtes, crampes dans les mollets.

Foie légèrement augmenté de volume.

A. M. nuls.

Mastication insuffisante.

Souffre depuis une dizaine d'années, renvois, ballonnement, crampes de temps en temps durant environ deux ou trois heures.

Il y a 4 mois, les douleurs ont augmenté, elles sont maintenant continues.

Au réveil : pituites, la matinée se passe parfois sans douleurs. Appétit diminué, tantôt immédiatement après, tantôt 2-3 heures après les repas, douleurs intenses avec irradiations dans la région lombaire.

Peaux et glaires dans les selles.

Il y a 4 mois, pendant 15 jours, a vomi tous les jours, vomissements alimentaires contenant parfois des aliments de la veille.

Foie : 10 centimètres.

Sensibilité au niveau de la grande courbure, clapotage à jeun jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Obs. XXXIII. — T..., marchand de vins, 55 ans.

A. P. nuls.

A. M. nuls.

A. N. irritable, pas de stigmates d'hystérie ni de neurasthénie, mastication insuffisante.

A. E. vin blanc, 1 bouteille par jour, café et cognac après le déjeuner, pas d'apéritif, nuit mauvaise, agitation, pas de cauchemars, pituites.

Appétit conservé.

A 4 heures : douleurs en ceinture avec maximum au creux épigastrique, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, puis vomissements pituiteux, liquide clair, de saveur amère, de la valeur de 2 cuillerées à soupe. Après diner mêmes phénomènes.

Jamais de vomissements alimentaires, pas d'hématémèse ni de mœlena.

Examen : Foie mobile, 8-9 centimètres.

Espace de Traube normal,

Légère sensibilité au niveau de la grande courbure.

Point pylorique marqué.

Obs. XXXIV. — S..., chauffeur, 36 ans.

A. P. fièvre typhoïde.

A. N. pas de stigmates.

A. E. alcool à jeun, 2 litres de vin, 1 litre de bière, 2 apéritifs, crampes dans les mollets, cauchemars, pas de pituite.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Rein mobile, foie descend à 2 travers de doigt au-dessous des fausses côtes à la fin de l'inspiration.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XXXV. — Y..., tailleur, 31 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de stigmates.

A. E. 1 litre de vin, apéritifs.

Mastication insuffisante, crampes dans les mollets, cauchemars, pas de pituites.

Appétit irrégulier.

Deux heures après les repas, douleurs assez violentes au creux épigastrique avec irradiation dans les côtés durant environ une demi-heure renvois aigres.

Pas de vomissements, pas d'hématémèse ni de mœlena.

Foie : 10 centimètres.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXXVI. — M^{me} B..., 31 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Stigmates de neurasthénie. Pas de stigmates d'hystérie.

A. E. 1 verre de vin par repas. Petit verre d'alcool quand elle souffre de l'estomac. Crampes dans les mollets. Appétit diminué. Pituites matutinales. Gros foie.

Souffre de l'estomac depuis longtemps.

Au réveil, état nauséux, renvois acides. Rejet de quelques gorgées d'un liquide blanc mousseux qui soulagent la malade.

A midi, appétit très irrégulier.

Après déjeuner : souvent vomissements alimentaires, brûlures assez intenses durant une partie de l'après-midi.

Examen : Foie de 12 centimètres.

Espace de Traube tympanique.

Sensibilité le long de la grande courbure et de toute la face antérieure de l'estomac.

Point épigastrique marqué.

OBS. XXXVII. — B..., bonne de marchand de vin, 58 ans.

A. P. Pas de renseignements.

A. N. id.

A. E. Pas de renseignements sur la quantité d'alcool ingéré.

Mais : Cauchemars fréquents. Pituites matutinales. Crampes dans les mollets.

Au réveil : état nauséux, pituites déjà signalées.

Après petit déjeuner, sensation de brûlures.

Après repas de midi, les brûlures se reproduisent, mais beaucoup plus intenses, avec douleurs correspondantes dans le dos.

Le soir, les mêmes phénomènes se reproduisent, et durent assez avant dans la nuit. C'est alors qu'elle vomit ce qu'elle a pris à son diner.

Pas d'hématémèse. Pas de mœlena.

Constipation.

Examen : Foie, 8 centimètres.

Espace de Traube à peine perceptible.

Douleur marquée à la face antérieure de l'estomac.

OBS. XXXVIII. — G..., modiste, 34 ans.

A. P. Bronchites répétées.

A. M. Beaucoup de médicaments pour ses bronchites.

A. E. Vin aux repas. Pas de renseignements quantitatifs. Un petit verre de rhum après le café. Pituites matutinales glaireuses. Fourmillements, crampes dans les jambes. Pas de cauchemars.

Appétit disparu.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après le repas. Pas de vomissements.

Espace de Traube tympanique.

Estomac descend jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Point épigastrique.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XXXIX. — M^{me} G..., 40 ans.

A. P. nuls.

A. N. émotive, pas de crise de nerfs, stigmates de neurasthénie.

A. E. 1/4 de litre de vin par jour, 1 petit verre d'alcool avec son café deux fois par jour, pituites glaireuses, matutinales de la valeur d'un verre qui font disparaître l'état nauséux qu'elle éprouve au réveil.

Nuit mauvaise, agitation, crampes dans les mollets, cauchemars incessants.

Appétit très diminué.

Gonflement, pesanteur, renvois après les repas. Pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Foie : 11-12 centimètres.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

OBS. XL. — M^{me} P. . . , 27 ans.

A. P. fièvre typhoïde, lupus.

Règles régulières, pas d'enfants.

A. E. eau de mélisse 1/2 bouteille par jour, 1 litre 1/2 de vin, 1 petit verre d'alcool.

A. N. émotive, crises de larmes, pas de crise de nerfs.

A. M. créosote, sirop composé dont elle ne connaît point la formule.

Au réveil : assez bien, pas de pituite.

A midi : appétit diminué, après les repas, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Après dîner : mêmes phénomènes.

Nuit mauvaise, crampes dans les mollets, cauchemars (chute dans des précipices, dans des brasiers, dans des rivières).

Pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Rein mobile au 2^e degré.

Foie : 7 centimètres.

Point épigastrique assez marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XLI. — R. . . , Berthe, couturière, 28 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de renseignements.

A. E. vins, rhum.

Cauchemars, crampes dans les mollets, pituites.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Foie : 8 centimètres.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. XLII. — F. . . , 34 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de renseignements.

A. E. Depuis plusieurs années prend régulièrement 1 ou 2 absinthes et plusieurs autres apéritifs.

Crampes et cauchemars.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Vomissements alimentaires de temps à autre.

Douleur le long de la grande courbure.

Obs. LXIII. — Femme S..., 40 ans, fille de salle dans les restaurants.

A. N. Stigmates de neurasthénie. Pas de stigmates d'hystérie.

Mastication insuffisante.

A. E. Pas de renseignements. Etat nauséux au réveil, vomissements pituiteux au réveil qui soulagent. Nuit mauvaise. Cauchemars fréquents.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes marqués de dyspepsie sensitivo-motrice.

Foie normal. Sensibilité assez marquée au niveau de la région épigastrique.

Obs. XLIV. — V..., couturière, 40 ans.

A. P. nuls.

A. N. Emotive. Pas de stigmates d'hystérie ni de neurasthénie. Mastication insuffisante.

A. E. Vin. Charireuse ou cognac après le déjeuner. Eau de mélisse. Nuit mauvaise. Crampes dans les mollets. Cauchemars incessants. Pas de pituites.

Appétit irrégulier.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

De temps à autre : crampes très douloureuses avec irradiations dans la région interscapulaire, durant 1 h. 1/2 à 2 heures. Est soulagée par les vomissements qu'elle provoque.

Foie : 10 centimètres.

Pas de clapotage.

Légère douleur à la palpation de la région épigastrique.

Obs. XLV. — M^{me} B..., domestique.

A. N. Pas de renseignements.

A. E. Pas de renseignements. Cauchemars. Crampes dans les mollets. Pituites au réveil.

Souffre depuis 3-4 ans.

Appétit diminué.

Brûlures intenses vers 3 heures et vers 10 heures du soir ; depuis 6 mois : faiblesse musculaire, étourdissements, nausées, somnolence, gonflement.

Foie normal. Face antérieure de l'estomac douloureuse.

2° GROUPE. — *Hystérie nette.*

OBS. I. — A..., 24 ans.

A. P. aucun, règles normales après l'âge de 13 ans, pas de grossesse.

A. N. émotive. pleurs faciles, sensation de boule, point hystérogène dans le creux épigastrique, jamais de crise de nerfs.

A. P. pas d'éthylisme.

Mastication insuffisante.

Souffre depuis 2 mois.

Au réveil : céphalée, fatigue, saveur désagréable, très souvent en se levant, elle rend un peu de liquide clair, filant, acide d'abord puis amer, elle vomit parfois jusqu'à 1/2 cuvette de ce liquide, mais en plusieurs fois. Pas de débris alimentaires.

A midi : pas d'appétit, 1/2 heure après les repas, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice qui durent environ 2-3 heures suivis de vomissements semblables à ceux du matin.

Après dîner mêmes phénomènes troublant le sommeil.

Pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Constipation.

Examen : rein mobile au 2° degré.

Foie mobile, descend à 3 travers de doigt à la fin de l'inspiration.

Point épigastrique marqué, douleur le long de la grande courbure.

Chimisme : A = 0, 6 20.

T = 226.

H = 0.

C = 51.

H + C = 51.

F = 175.

OBS. II. — B. . . , 27 ans.

A. P. bronchite, rhumatisme noueux.

A. N. émotive, crises de larmes, sensation de boule.

A. E. pas de renseignements.

Souffre depuis 6 mois.

Au réveil : renvois, état nauséeux, vomissements aqueux, mousseux, quelquefois bilieux.

Ces vomissements ont été plusieurs fois teintés de sang.

Après 1^{er} déjeuner : envies de vomir qui durent 1 heure ou deux.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Rarement vomissements alimentaires.

Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Point hystérogène au niveau du creux épigastrique.

Pas de rein mobile.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

OBS. III. — B. . . , 32 ans.

A. P. Fièvre typhoïde. 2 enfants ; une fausse couche.

A. N. Quelques crises de nerfs. Crises de larmes fréquentes. Pas de troubles de la sensibilité appréciables.

A. E. Depuis enfance : quelques gouttes d'eau-de-vie après le ou les repas.

Pas de médicaments. Mastication insuffisante.

Souffre depuis l'enfance. Jusqu'à il y a 4 ans, c'étaient de temps en temps des crampes assez douloureuses que calmaient les aliments.

Depuis lors : les crampes se reproduisent plus souvent, durent une quinzaine de jours et ne sont plus calmées par les aliments.

Vomissements alimentaires. Ictère. Urines foncées.

Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Glaïres et peaux abondantes dans les selles.

Boudin cœcal.

Foie descendu : 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. 8-9 centimètres.

Rein mobile.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Hyperesthésie au creux épigastrique.

OBS. IV. — B. . . , 27 ans.

A. P. Aucun.

A. E. Nul. A pris seulement de temps à autre, pour calmer ses douleurs, un peu de chartreuse ou d'eau de mélisse.

A. N. Emotive. Colères faciles. Pleurs inexplicables.

Point hystérogène au creux épigastrique.

Mastication suffisante.

Au réveil : tiraillements à l'estomac calmés par l'ingestion des aliments.

Appétit conservé, plutôt exagéré même. Après les repas, phénomènes sensitivo-moteurs.

Diarrhée abondante : 6 selles par jour. Coliques assez douloureuses. Pas de peaux, ni de glaires.

Nuit mauvaise : cauchemars fréquents.

Examen : Rein mobile droit.

Foie normal.

Sensibilité vive au niveau de la grande courbure.

Pression au creux épigastrique détermine réaction générale avec sensation d'étouffement.

OBS. V. — B..., employée de commerce, 28 ans.

A. P. Fièvre typhoïde à 7 ans, Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

A. E. Eau rougie. Jamais d'alcool.

A. M. nuls.

A. N. Jamais de crises de nerfs. Etats syncopaux à plusieurs reprises. Pleurs faciles.

Souffre depuis 2 ans.

Au réveil : fatigue générale. Pas de stigmates de neurasthénie.

A midi : appétit conservé. 1/2 heure après : phénomènes sensitivo-moteurs.

Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Après diner : mêmes phénomènes.

Nuit relativement bonne.

Pas de constipation. Pas de peaux, pas de glaires dans les selles. Amaigrissement assez marqué.

Rein mobile 2^e degré. Traube exagéré.

Sensibilité légère de la grande courbure.

Plaque d'hyperesthésie au niveau de l'appendice xyphoïde.

OBS. VI. — B..., couturière, 28 ans.

A. N. Emotive. Pleurs faciles.

A. E. Pas de notions étiologiques.

Souffre depuis 6 mois.

Au réveil : rien de spécial à noter. Pas de pituites.

Appétit conservé. Ne souffre après les repas que quand la malade a pris du vin.

Se plaint de sensibilité superficielle à la région épigastrique lui rendant impossible le port de son corset ou de vêtements un peu serrés ; cette sensibilité s'accroît petit à petit, et à la fin de la journée elle est devenue très vive. La malade se plaint encore de douleurs multiples, de points rachialgiques surtout.

Constipation habituelle.

Examen : Rein mobile 1^{er} degré.

Foie : 7 centimètres.

Sensibilité de la grande courbure.

Obs. VII. — B. . ., commerçante, 42 ans.

A. P. Règles douloureuses depuis l'âge de 13 ans. Migraines, vomissements.

A. N. Très nerveuse. Boule hystérique. Crises de larmes. Quelques crises de nerfs.

Souffre de l'estomac depuis 5 ans. Il y a 4 ans, aurait vomi des aliments mêlés de sang de couleur marc de café de la valeur d'un 1/2 verre.

Depuis cette époque, toute les cinq ou six semaines elle est prise de vomissements. Ces vomissements surviennent environ deux heures après avoir mangé ; ils sont précédés de nausées et de vertiges qui déterminent une perte de connaissance de 2-3 minutes. Puis, après de grands efforts, la malade rend tout ce qu'elle a pris et se trouve soulagée. Depuis quelques mois cependant, ces vomissements ne se sont plus reproduits ; mais elle a continuellement une sensation de plaie à vif au niveau de l'estomac.

Après les repas : vertiges nombreux l'obligeant à se coucher. Ballonnement. Somnolence.

Après le diner : mêmes phénomènes ; la sensation de plaie semble plus accentuée pendant la nuit.

Amaigrissement notable.

Examen : Rein mobile.

Foie : 8 centimètres.

Espace de Traube peu marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

Hyperesthésie au niveau du point épigastrique.

Chimisme sensiblement normal. Légère hyperchlorhydrie.

A = 190^{mm}.
T = 336.
H = 23.
C = 204.
H + C = 227.
F = 109.

OBS. VIII. — B. . . , bonne, 40 ans.

A. P. Variole.

A. N. Pas de crises de nerfs ; mais émotive ; pleurs faciles. Colères fréquentes accompagnées de tremblements des membres.

Mastication insuffisante.

A. E. 1/2 litre de vin. Pituites matutinales.

Appétit conservé.

Après le repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, puis deux ou trois heures après, brûlures intenses ; la malade appuie sur la région épigastrique pour se soulager. Ces douleurs sont calmées par des vomissements alimentaires. Il y a 3 ans : hématomèse de la valeur d'un verre environ. Cette hématomèse ne s'est pas reproduite, mais la malade a eu souvent des pituites hémorragiques.

Maigrissement assez marqué.

Examen : Hyperesthésie le long des parois thoraciques.

Foie : 6 centimètres.

Traube tympanique.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

OBS. IX. — Cl. . . , polisseuse.

A. P. Aucun.

A. N. Stigmates n'ont pas été recherchés.

A. E. Aucun renseignement.

Souffre depuis 2 ans. Le début est attribué à une émotion violente.

Il y a quelques mois, consulte pour une bronchite ; on lui dit qu'elle est tuberculeuse.

Phénomènes de neurasthénie : aggravation des troubles gastriques qui consistent néanmoins en ballonnement, pesanteur, renvois, somnolence, après les repas.

Perte d'appétit et amaigrissement sensible.

Zones hystérogènes dans la fosse iliaque et au creux de l'estomac.

Douleur à la grande courbure.

Pas de clapotage gastrique.

Pas de signes de tuberculose.

Obs. X. — C. . . , teinturière, 19 ans.

A. N. pas de crise de nerfs, pas de stigmates d'hystérie, stigmates de neurasthénie nets.

A. E. un verre de vin par repas, pas d'apéritifs.

Mastication insuffisante.

Appétit très diminué.

1/4 d'heure après les repas : ballonnement, oppression, renvois gazeux, puis regurgitations alimentaires et enfin vomissements alimentaires.

Pas de douleurs vives, quelques tiraillements, nuit assez bonne, cauchemars rares.

Foie normal. Traube peu marqué.

Clapotage sus-ombilical 4 heures après l'ingestion d'une tasse de chocolat.

Sensibilité de la face antérieure de l'estomac, hypéresthésie cutanée au niveau du creux épigastrique.

Obs. XI. — D. . . , mécanicien, 33 ans.

A. P. nuls.

A. N. émotive, pleurs faciles, sensation de boule.

A. E. nuls.

Appétit conservé

Douleurs à jeun calmées par le petit déjeuner.

Douleurs tardives après les repas, brûlures intenses avec retentissement dans l'hypochondre droit et dans la région inter-scapulaire, vomissements alimentaires calment ces brûlures. Les vomissements sont presque quotidiens depuis 8 mois.

Amaigrissement notable.

Point hystérogène à la fosse iliaque droite.

Rein droit mobile 2° degré.

Foie augmenté de volume.

Sensibilité légère à la face antérieure de l'estomac.

Plaque d'hypéresthésie cutanée au creux épigastrique de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Obs. XII. — D. . . , domestique, 27 ans,

A. P. nuls.

A. N. émotive, crise de larmes, stigmates de neurasthénie.

A. E. nuls.

Appétit diminué, douleurs aussitôt le petit déjeuner, nausées, tremblements.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas.

Nuit mauvaise, agitation, douleurs un peu partout, à la tête, au ventre, à l'estomac surtout. Jamais de vomissements, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Rein mobile 2^e degré.

Foie : 8 centimètres.

Traube peu marqué.

Hyperesthésie au niveau de la grande courbure.

Clapotage presque au niveau de l'ombilic, 2 heures après l'ingestion d'aliments.

OBS. XIII. — D..., F., 30 ans.

A. P. fluxion de poitrine à 15 ans.

Il y a 3 ans, a été soignée à Andral pour un ulcère de l'estomac. A ce moment : crises de nerfs fréquentes qui ont duré aussi longtemps que les douleurs d'estomac, au bout de 15 jours grande amélioration, et au bout de 6 mois avait repris alimentation d'autrefois. Depuis 6 semaines a recommencé à souffrir à la suite d'un chagrin. Les crises de nerfs ont reparu. La malade souffre continuellement, même à jeun.

Douleurs intolérables, pas de vomissements.

Amaigrissement notable depuis 6 semaines.

Estomac peu dilaté.

Grande courbure et creux épigastrique hystérogènes.

Cœcum et S.-iliaque hystérogènes.

Hémianesthésie droite.

OBS. XIV. — M^{me} D..., ménagère, 43 ans.

A. P. nuls.

A. N. émotive, à la suite de contrariétés, pleurs, tremblements, pas de perte de connaissance.

A. E. 1 litre de bière.

Pas de médicaments.

Au réveil : pas de douleurs, matinée bonne.

Appétit conservé, 4-5 heures après le déjeuner, douleurs vives au creux épigastrique avec irradiations dans les hypochondres. Point douloureux interscapulaire, se fait vomir pour se soulager.

Pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Foie normal. Traube exagéré.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XV. — M^{me} E. . . , journalière, 34 ans.

A. P. Rhumatisme. Scarlatine à 17 ans. 10 enfants. 6 morts en bas-âge.

Pas d'antécédents médicamenteux.

A. E. nuls.

A. N. Pas de renseignements.

Mastication insuffisante.

Souffre depuis deux mois.

Au réveil : fatigues. Vertiges. Pas de pituites.

1/2 heure après le petit déjeuner : douleurs violentes sans point correspondant dans le dos, durant toute la matinée.

Appétit conservé. 1 h. 1/2 après le repas de midi mêmes phénomènes que ceux du matin.

Nuit relativement bonne. Pas de cauchemars.

Examen : Pas de rein mobile.

Foie normal. Espace de Traube normal.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Hyperesthésie cutanée de toute la région épigastrique.

Pas de clapotage.

Obs. XVI. — M^{me} G. . . , cuisinière, 40 ans.

A. P. nuls.

A. N. Sensation de boule. Pas de crises de nerfs.

A. E. Aucun renseignement.

Souffre depuis 6 ans.

Appétit diminué. 2 à 3 heures après les repas : douleurs intenses avec irradiations dans les flancs et dans la région lombaire.

Nuit mauvaise.

Jamais de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Constipation. Quelques peaux dans les selles.

Foie abaissé, descend à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Espace de Traube normal.

Douleur assez marquée le long de la grande courbure. Hypoesthésie au niveau du point épigastrique.

Obs. XVII. — G. . . , F., employée, 26 ans.

A. P. nuls.

A. N. Pas de crises de nerfs. Émotive. Crises de larmes fréquentes. Hémihyperesthésie gauche.

Point ovarien hystérogène. Pas de rétrécissement du champ visuel.

A. E. Pas de renseignements.

Souffre de l'estomac depuis 3 ans environ.

Appétit conservé. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Constipation opiniâtre. Glaires dans les selles.

Foie normal.

Léger clapotage.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Hyperchlorhydrie légère.

Obs. XVIII. — L. . . , institutrice, 38 ans.

A. P. Fièvre typhoïde à 10 ans. Bronchite à 14 ans. Depuis cette époque, la malade tousse.

A. M. A pris beaucoup de créosote et d'huile de foie de morue.

A. E. Nuls. Pas d'apéritifs. A peine 1/2 litre de vin.

A. N. Pas de crises de nerfs. Crises de larmes.

Souffre depuis l'âge de 17 ans. Alternatives de bien et de moins bien.

Appétit conservé.

Douleurs tardives après les repas. Douleurs à faire crier la malade, débutant dans le bas-ventre, gagnant l'épigastre et remontant le long du sternum jusqu'à la gorge.

Nuit mauvaise. Douleurs.

Peaux et glaires nombreux dans les selles.

Amaigrissement assez marqué.

Cœcum douloureux.

Foie : 7 centimètres.

Grande courbure sensible : maximum au creux épigastrique hyperesthésie cutanée à ce niveau.

Tremblement généralisé pendant l'examen.

Chimisme normal.

Obs. XIX. — L. . . , couturière, 46 ans.

A. P. Nuls.

A. M. Emotive. Pleurs faciles. Sensation de boule hystérique.
Pas de crises de nerfs.

A. E. Nuls.

Appétit conservé.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas.
Jamais de vomissements, ni d'hématémèse, ni de mœlena.

Foie normal.

Traube tympanique.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XX. — L... (F.), 16 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Emotive. Crises de larmes. Pas de crises de nerfs.

A. E. Aucun renseignement.

Perte d'appétit.

Après les repas : pesanteur, ballonnement, nausées, renvois gazeux fétides.

Nuit mauvaise. Réveillée vers minuit par douleurs vives ayant amené plusieurs fois des vomissements alimentaires.

Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Pas d'amaigrissement.

Foie : 6 centimètres, mobile.

Sensibilité le long de la grande courbure ; hyperésthésie cutanée de la région épigastrique.

OBS. XXI. — M^{me} M..., 30 ans.

A. P. Scarlatine. Diphtérie.

Réglée à 12 ans et régulièrement. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

A. M. nuls.

A. N. Pertes de connaissance à la suite de contrariétés. Convulsions.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Plaque d'anesthésie au creux épigastrique.

A. E. 1/2 litre de vin par repas. A été jusqu'à l'année dernière (1897) marchande de vins et était forcée de boire plus qu'elle ne le voulait. Crampes dans les mollets. Cauchemars nombreux.

Au réveil : fatigue générale. Pas de stigmates de neurasthénie.

Pas d'appétit. Après déjeuner : tiraillements au creux épigastrique ; phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Après diner : malade se couche et ne souffre pas.

Nuit mauvaise.

Selles régulières.

Examen : Foie mobile un peu douloureux, 10 centimètres.

Point épigastrique. Plaque d'anesthésie surajoutée de 10 centimètres de diamètre.

Douleur le long de la grande courbure.

A = 306.

T = 456.

H = 120.

C = 169.

H + C = 289.

F = 167.

OBS. XXII. — R...; femme de chambre, 22 ans.

A. P. nuls.

A. N. Jamais de crise de nerfs.

A 19 ans : gastralgies fréquentes, survenant brusquement ; sensation de constriction, de boule remontant le long du sternum, et déterminant de l'oppression. Ces gastralgies se terminaient par des vomissements pituiteux.

A. E. Ne boit que de l'eau.

Actuellement : appétit conservé. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Nuit bonne. Pas de cauchemars.

Foie mobile. Douleur le long de la grande courbure.

Plaque d'hypoesthésie au niveau du point épigastrique.

OBS. XXIII. — S...; 39 ans.

A. P. nuls.

A. N. Emotive. Crises de larmes. Point hystérogène.

A. M. Gentiane, quinquina, peptones.

Au réveil : crampes supportables.

Appétit diminué. 2 heures après les repas : douleurs vives au creux épigastrique sans irradiation, calmées par l'ingestion des aliments.

Jamais de vomissement. Jamais d'hématémèse. Jamais de mœlena.

Foie normal.

Traube normal.

Pas de clapotage.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXIV. — V..., employée de magasin, 31 ans.

A. P. aucun.

A. E. aucun renseignement.

A. N. stigmates de neurasthénie, pleurs faciles, sensation de boule hystérique.

Appétit conservé.

Phénomènes légers de dyspepsie sensitivo-motrice.

Rein droit mobile 2^e degré, hystérogène ?

Sensibilité de la grande courbure.

Hypérésthésie cutanée de la région épigastrique.

A = 40.

T = 438.

H = 0.

C = 125.

H + C = 125.

F = 313.

OBS. XXV. — L..., 40 ans.

A. P. nuls.

A. N. jamais de crise de nerfs, émotive, crises de larmes, point hystérogène dans la fosse iliaque gauche.

A. E. 1/2 litre de vin par jour.

Souffre depuis une huitaine d'années.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Depuis 15 jours, douleurs assez vives survenant à n'importe quel moment de la journée, calmées par l'ingestion des aliments, quelques vomissements alimentaires survenus 1/4 d'heure après les repas.

Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Quelques glaires dans les selles.

Foie : 10 centimètres.

Sensibilité le long de la grande courbure avec maximum au creux épigastrique qui est hystérogène.

3^e GROUPE. — *Ethylisme et hystérie.*

OBS. I. — A..., lingère, 17 ans.

A. P. métrite, curettage (septembre 1896) depuis ce moment souffre de l'estomac (la malade est venue consulter le 14 août 1897). Légères hémoptysies.

A. N. Sensation de boule hystérique : constriction à la gorge. Point ovarique hystérogène. Jamais de crises, pas de troubles de la sensibilité.

A. E. nuit mauvaise, rêves fréquents, cauchemars, crampes dans les mollets, pas de pituite.

Souffre continuellement de l'estomac. Les douleurs sont plus fortes une heure après les repas. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Jamais de vomissement.

Glaïres et peaux dans les selles.

Examen : boudin cœcal.

Rein droit mobile et gros.

Foie gros : 12 centimètres.

Point épigastrique.

Douleur au niveau de la face antérieure de l'estomac.

OBS. II. — M^{me} C. . . , 34 ans.

A. P. Fièvre typhoïde.

A. N. Irritable. Crises hystériques, 1 fois par jour.

Stigmates de neurasthénie.

A. E. 1 litre de vin par jour. Cognac avec le café. Cauchemars. Pituites. Crampes dans les mollets. Appétit diminué.

Vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux. Brûlures, douleurs 2-3 heures après les repas que soulagent les vomissements.

A eu, il y a trois mois, deux ou trois hématomèses.

Perte des forces. Amaigrissement.

Estomac dilaté. Clapotage sus-ombilical.

Point épigastrique marqué.

Douleur vive à la palpation de la région épigastrique.

OBS. III. — M^{me} G. . .

A. P. Nuls.

A. N. Emotive. Sensation de boule. Crises de larmes. Crises de nerfs.

A. E. Pas d'éthylisme. Cependant nous relevons dans l'observation :

Le matin, au réveil, état nauséux, bouche mauvaise, vomissements glaïreux.

Fourmillements dans les membres et beaucoup de cauchemars la nuit.

Appétit diminué. Après les repas : phénomènes de dyspepsie

sensitivo-motrice. Pas de vomissements. Jamais de violentes douleurs.

Rein mobile 2° degré.

Abaissement respiratoire du foie.

Estomac descend au niveau de l'ombilic.

Espace de Traube peu marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. IV. — M^{me} G. . . , couturière, 35 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Emotive. Pleurs faciles. Pas de stigmates d'hystérie. Mastication suffisante.

A. E. 1/2 litre de vin par jour, pas d'alcool.

Pituites matutinales de la valeur d'un verre.

Nuit mauvaise : fourmillements, cauchemars nombreux.

Appétit très diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Pas de vomissement. Pas d'hématémèse. Pas de mœlena.

Examen : Rein mobile droit, 2° degré.

Foie normal. Traube normal.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. V. — M^{me} J. . . , 30 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Emotive. Aurait eu une crise de nerfs. Pleurs faciles. Mastication insuffisante.

A. E. Pas d'alcool. 6 tasses de café par jour.

A. M. Aurait pris beaucoup de médicaments. Ne peut rien préciser.

A toujours souffert de l'estomac.

Au réveil, état nauséux, pituites.

A midi, appétit irrégulier.

Après les repas, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice durant toute l'après-midi.

Nuit mauvaise. Agitation. Pas de crampes dans les mollets. Cauchemars.

Examen : Foie normal.

Point épigastrique marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

Obs. VI. — L... , concierge, 47 ans.

A. P. Rougeole. Variole. Fièvre typhoïde. Réglée à 13 ans et régulièrement.

Deux fausses couches. 3 enfants.

A. N. Irritable. Pleurs faciles. Sensation de boule hystérique. Pas de crises.

A. E. Ne boit que du lait. Mais pituites matutinales. Cauchemars : chutes dans des puits. Pas de crampes dans les mollets.

Souffre depuis une dizaine d'années.

Au réveil : grande fatigue, pituites, brûlures qui durent jusqu'à onze heures environ.

A midi, appétit diminué. Vers 4 heures, pesanteur, brûlures, gonflement qui durent jusqu'au dîner.

Nuit mauvaise.

Examen : Rein mobile au 1^{er} degré.

Foie : 8 centimètres.

Espace de Traube tympanique.

Sensibilité le long de la grande courbure et de toute la face antérieure de l'estomac.

Obs. VII. — P... , domestique, 43 ans.

A. P. nuls.

A. M. quinquina.

A. N. irritable, aurait eu une seule crise de nerfs.

A. E. vin à peine 1/4 de litre par jour, petits verres d'alcool de temps à autre quand elle souffre trop.

Crampes dans les mollets, tremblement des mains, cauchemars, souffre de l'estomac depuis deux ans surtout au réveil, pesanteur, tiraillements très douloureux, renvois nombreux.

A midi : appétit irrégulier, 2 ou 3 heures après le repas, brûlures, douleurs en broche insupportables, sensation de fer rouge, durant à peine quelques minutes, suivies de quelques gorgées d'un liquide clair et aigre.

Après dîner : mêmes phénomènes.

Nuit mauvaise, agitation, cauchemars.

Pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Examen : Foie normal.

Espace de Traube effacé.

Douleur le long de la grande courbure.

Chimisme : A = 149.
T = 277.
H = 11.
C = 186.
H + C = 197.
F = 80

OBS. VIII. — P. . . , marchand de vins, 26 ans.

A. P. nuls.

A. N. émotif, sensation de boule.

A. E. 1 litre 1/2 de vin, crampes, cauchemars, bouche pâteuse, état nauséux au réveil, mais pas de pituite, gros foie.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Pas d'hématémèse, ni de mœlena. Jamais de violentes douleurs.

Foie : 11 centimètres.

Espace de Traube normal.

Légère sensibilité le long de la grande courbure.

IV^e GROUPE. — *Observations peu concluantes.*

M^{me} A. . . , 29 ans.

A. P. Pas de renseignements.

A. N. Pas de renseignements.

A. E. Prétend n'avoir jamais bu beaucoup de vin, reconnaît cependant un peu de marc dans le café.

Souffre depuis 3 ans.

Au réveil : nausées. Vomissements pituiteux. Quelquefois a rendu des aliments ingérés la veille.

Pas d'appétit.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Examen : Corde colique ascendante.

Rein mobile 2^e degré.

Foie normal.

Tympanisme gastrique.

Douleur le long de la grande courbure.

OBS. II. — A. . . , ménagère, 37 ans.

Réglée à 13 ans 1/2 et depuis régulièrement. 6 enfants dont 2

jumeaux morts à 8 mois de pleurésie, 1 mort à 17 jours de diarrhée verte ; les 3 autres sont chétifs.

Migraines fréquentes : céphalée frontale, nausées, vomissements. Emotive. Pleurs faciles. Pas de stigmates d'hystérie.

A. E. Cauchemars. Pas de crampes dans les mollets. Pas de tremblement. Etat nauséux au réveil. Saveur désagréable.

Pas de pituites.

Café avec un petit verre de cognac parfois.

Apéritifs de temps à autre.

Mastication suffisante.

Le matin à jeun : saveur désagréable, état nauséux ; vers 10 heures : brûlures.

Appétit diminué. Ne souffre pas en mangeant ; souffre 3 heures après les repas : douleur assez vive à tout l'épigastre avec irradiations dans les côtes. Point correspondant entre les omoplates : douleur diminuée par le décubitus latéral gauche.

Tous les jours vers 5 heures : sans efforts et sans douleur, la malade rend la moitié d'un verre d'un liquide clair sans saveur et sans odeur. Jamais de vomissements alimentaires.

Constipation habituelle.

Foie normal. Tympanisme considérable de l'espace de Traube.

Estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Douleur le long de la grande courbure.

Chimisme normal.

Obs. III. — A. . . , directrice d'école, 38 ans.

A. P. Nuls. Depuis 2 ans, menorrhagies.

A. N. Très nerveuse. Emotive. Crises convulsives comitiales ? perte de connaissance pendant 2-3 minutes, précédée d'auracconvulsions. Envie de dormir invincible. Perte de mémoire.

A. E. Aucun renseignement.

Au réveil : Etat vertigineux très marqué, disparaissant sous l'influence d'ingestion d'aliments. Nausées.

Pituites glaireuses.

Appétit diminué. Après les repas, phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice. Vers 3-4 heures, « au moment où l'estomac se vide », elle est reprise de vertige.

Après diner, mêmes phénomènes.

Pas de vomissements alimentaires. Pas d'hématémèse. Pas de mœlena.

Rein mobile 2° degré.

Foie normal.

Sensibilité au niveau de la face antérieure de l'estomac.

Pas de troubles de la sensibilité superficielle.

Pas d'hémidysésthésie.

OBS. IV. — M^{lle} B. . . , bijoutière, 20 ans.

A. P. Nuls. Tousse depuis 1 mois.

A. E. Pas d'éthylisme avoué.

A. N. Pas de stigmates.

Appétit diminué.

Au réveil : état nauséux, renvois gazeux abondants, crachats hémoptoïques.

Après les repas, phénomènes légers de dyspepsie sensitivo-motrice.

Nuit mauvaise. Cauchemars continuels.

Foie : 7-8 centimètres.

Clapotage au niveau de l'ombilic.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Chimisme normal.

OBS. V. — B. . . , couturière, 34 ans.

A. P. Variole. Fausse couche il y a un an. 3 enfants bien portants.

A. N. Emotive.

Mastication insuffisante. Vin au repas en petite quantité. Souffre depuis 8 ans.

Au réveil : fatigue générale. Pas de douleur, matinée bonne.

Déjeune de bon appétit. Vers 4 ou 5 heures : sensations de poids, de gonflement. Baillements répétés.

Ces phénomènes durent jusque vers 8 heures.

Dîne alors de bon appétit.

Nuit mauvaise : réveillée tous les soirs par des cauchemars.

Le réveil a lieu ordinairement vers 1 heure et dure jusqu'au matin le plus souvent. Crampes fréquentes dans les mollets.

Selles régulières.

Examcn : Foie descend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes à la fin de l'inspiration. Le bord supérieur est à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. VI. — M^{me} C. . . , femme de chambre, 21 ans.

A. P. Rougeole, scarlatine, érysipèle.

Tousse depuis longtemps. Amaigrissement. Sueurs nocturnes.

Migraines fréquentes.

A. N. Stigmates de neurasthénie.

Rétrécissement du champ visuel. Pas de crises.

A. E. Pas de renseignements. Pas de crampes. Cauchemars.

Pituites. Foie gros.

Appétit diminué. Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Foie : 10 centimètres ; douloureux.

Traube effacé.

Douleur à la face antérieure de l'estomac.

OBS. VII. — M^{me} C. . .

A. P. entérite, gastrite il y a 4 ans, bronchites répétées.

A. N. pas de stigmates de neurasthénie, ni d'hystérie.

A. E. 1/2 litre de vin par jour, 3 tasses de café par jour, de temps en temps, un petit verre d'alcool.

Souffre depuis 6 mois.

Au réveil : pituites glaireuses.

Après petit déjeuner : brûlures, renvois jusqu'à midi. A midi, appétit conservé. Après le repas, brûlures, ballonnement, pesanteur, renvois très fréquents. Après diner, mêmes phénomènes.

Nuit mauvaise, fourmillements, cauchemars.

Foie normal.

Traube diminué.

Point pylorique marqué.

Douleur au niveau de la grande courbure.

OBS. VIII. — C. . . , marchande des 4 saisons, 61 ans.

A. P. nuls.

A. N. pas de renseignements.

A. E. 3 petits verres de rhum par jour ; deux verres d'alcool de menthe pour calmer ses douleurs d'estomac. Les signes d'intoxication ne sont pas signalés.

Appétit diminué.

La malade se plaint d'asthénie musculaire et d'une sensation de poids au creux épigastrique, cause d'oppression, durant toute la journée. Pas de vomissements alimentaires,

5 ou 6 vomissements de sang il y a 30 ans.

Douleur à la palpation le long de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

Pas de rein mobile.

Obs. IX. — D..., concierge 37 ans.

A. P. nuls.

A. E. bière, état nauséux le matin, nuit mauvaise, cauchemars nombreux.

A. E. stigmates de neurasthénie.

Appétit conservé.

Phénomènes de dyspepsie nervo-motrice après les repas, jamais de vomissements, pas d'hématémèse ni de mœlena.

Foie normal.

Espace de Traube normal.

Point épigastrique marqué.

Palpation douloureuse le long de la grande courbure.

Obs. X. — G..., employée de banque, 20 ans.

A. P. pneumonie, fièvre typhoïde.

A. N. émotive, jamais de crise de nerfs, stigmates de neurasthénie.

A. E. bière aux repas (une bouteille par jour), très peu de vin.

Souffre depuis 2 ans.

Appétit conservé. Après le repas, crampes violentes durant environ 2 heures laissant au malade une sensation de poids à l'épigastre, oppression, renvois aigres, régurgitations alimentaires.

Jamais de vomissements.

Repas très léger le soir : pas de crampes.

Nuit bonne, pas de cauchemars.

Foie : 6 centimètres, mobile.

Traube tympanique.

Pas de point épigastrique.

Douleur à la palpation au niveau de la grande courbure.

Obs. XI. — G..., couturière, 29 ans.

A. P. nuls.

A. N. émotive, pas de crises, stigmates de neurasthénie.

A. E. Pas de renseignements, cauchemars nombreux.

Appétit conservé.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas.

Rein droit mobile.

Foie : 10 centimètres.

Un peu de sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XII. — M^{me} K. . . , sage-femme, 35 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. 2-3 litres de cidre par jour. 1/2 litre de vin. Petits verres d'alcool de temps à autre.

A. M. nuls.

Souffre de l'estomac depuis 2 ans.

Au réveil : fatigue générale, état nauséux. Crampe soulagée par boisson chaude.

Petit déjeuner : chocolat et pain déterminant des brûlures qui durent jusqu'à midi.

Déjeune de bon appétit. 1/2 heure après : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Après dîner : mêmes phénomènes.

Nuit mauvaise, sommeil difficile, agitation.

Réveillée souvent, vers 3 heures, par des brûlures que calme l'ingestion d'un peu de lait.

Il y a 2 ans, la malade avait des vomissements alimentaires après chaque repas. Ces vomissements ont disparu depuis quelques mois.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Examen : Pas de corde colique ascendante. Pas de rein mobile

Foie : 7 centimètres.

Espace de Traube tympanique.

Pas de flot.

Point pylorique marqué.

Douleur le long de la grande courbure.

Chimisme : A = 175.

T = 375.

H = 32.

C = 227.

H + C = 259.

F = 116.

OBS. XIII. — L. . . , couturière, 29 ans.

A. P. Rougeole. 4 enfants,

A. N. Très émotive. Pas de crises de nerfs. Stigmates de neurasthénie. Les stigmates d'hystérie n'ont pas été recherchés.

A. E. nuls. Cauchemars de temps à autres.

Souffre de l'estomac depuis 4 ans.

Matinée en général bonne. Quelquefois douleurs au creux épigastrique et dans le ventre, tiraillements et coliques.

1 heure après le repas : abattement. Douleurs dans le dos, dans les reins, tiraillements très violents à la région épigastrique avec sensation de piqûres multiples. Coliques. La malade va à la selle et est soulagée.

Ces phénomènes se reproduisent 4-5 fois dans la journée.

La diarrhée dure depuis 6 mois.

Examen : Corde colique ascendante.

Rein mobile droit 2° degré.

Foie : 7 centimètres.

Estomac distendu, descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Pas de flot.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XIV. — L..., 48 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Aucun renseignement.

A. E. id.

Souffre de l'estomac depuis deux ans.

Appétit diminué.

Douleurs tardives après les repas, assez violentes, sans irradiation ; momentanément calmées par l'ingestion d'aliments.

Pas de vomissements. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Nuit mauvaise. Cauchemars nombreux.

Foie normal.

Sensibilité légère le long de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

Léger clapotage sus-ombilical.

Obs. XV. — L..., 35 ans.

A. P. Pas de renseignements.

A. N. id. Très nerveuse.

A. E. id.

Après les repas, ballonnement, pesanteur,

Douleurs très vives avec point correspondant inter-scapulaire, survenant tout de suite après les repas.

Le lit la soulage.

Ne mange pas le soir pour éviter les douleurs.

Foie douloureux. Pas augmenté de volume.

Grande courbure douloureuse.

OBS. XV *bis*. — B. . . , domestique, 35 ans.

A. P. Pas de renseignements.

A. N. Très émotive. Sensation de boule.

A. E. Pas de renseignements. Cauchemars. Pituïtes matutinales.

Pas de crampes.

Souffre depuis 3-4 ans.

Brûlures intenses vers 3 heures et vers 10 heures du soir.

Depuis 6 mois : faiblesse musculaire, étourdissements, nausées, somnolence, gonflement après les repas.

Foie normal.

Tympanisme gastrique.

Face antérieure de l'estomac douloureuse.

OBS. XVI. — M. . . , confiseur, 28 ans.

A. P. bronchites répétées, soupçon de tuberculose.

A. E. nuls.

Pas de médicaments.

A. N. stigmates de neurasthénie.

Appétit diminué.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas.

Quelques vomissements alimentaires, jamais de violentes douleurs, pas d'hématémèse, pas de mœlena.

Quelques glaires et quelques peaux dans les selles.

Amaigrissement notable

Foie normal.

Traube exagéré.

Douleur le long de la grande courbure plus marquée au niveau du point épigastrique.

OBS. XVII. — M. . . , 67 ans.

A. P. nuls.

A. E. pas de renseignements, pituites.

A. N. pas de renseignements.

Appétit très diminué.

Une heure après les repas, douleurs à faire crier la malade, sensation de constriction et d'écrasement, vomissements glaireux très amers, contenant rarement les aliments ingérés.

Pas de mœlena, pas d'hématémèse.

Amaigrissement notable, la malade ne mange presque pas de peur de souffrir.

Foie normal : 8-9 centimètres.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XVIII. — M^{me} M. . . , cuisinière, 40 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Pleurs faciles. Pas de crises. Pas de stigmates.

A. E. A peine 1/2 litre de vin. Café sans alcool. Cependant le matin à jeun : pituites glaireuses teintées de sang.

Appétit diminué.

A. M. Quinquina (1 litre) ces temps derniers.

Depuis 3 mois, digestions difficiles.

1/2 heure après les repas, brûlures, crampes très douloureuses, durant environ 1 heure 1/2 à 2 heures.

Renvois, ballonnement.

Rein mobile droit 1^{er} degré.

Foie normal.

Espace de Traube normal.

Douleur le long de la grande courbure.

La malade a été vue huit jours après : la malade allait mieux ; la douleur le long de la grande courbure avait diminué.

Obs. XIX. — P. . . , 37 ans.

A. P. Nuls.

A. E. Irritable. Emotive. Pleurs faciles. Réflexe pharyngien aboli.

A. E. 1 litre de vin par jour. Pas d'alcool avec le café. Prend rarement l'appétitif.

Souffre depuis un an.

Matinée bonne. Cependant bouche mauvaise.

Etat nauséeux.

Souffre 1/2 heure après le déjeuner. Sensation de brûlures assez vives durant 1 heure 1/2 à 2 heures ; a pris souvent du vulnéraire et du cognac pour se soulager.

Ne souffre pas le soir. Nuit bonne.

Foie déborde les fausses côtes de 1 centimètre : 8 centimètres.

Espace de Traube exagéré.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XX. — S..., 26 ans.

A. P. Aucun.

A. N. Pas de crises de nerfs. Les stigmates n'ont pas été recherchés.

A. E. Pas d'éthylisme. Pituites matutinales, bilieuses.

Au réveil : douleurs violentes. Petit déjeuner souvent rendu.

A midi : sensation de faim douloureuse.

Appétit très diminué.

Douleurs tardives très violentes durant jusqu'à vers 9-10 heures du soir.

Pas d'hématémèse. Pas de mœlena.

Rein mobile 1^{er} degré.

Foie : 6 centimètres.

Douleur assez marquée au point épigastrique.

Grande courbure sensible.

OBS. XXI. — S..., artiste, 24 ans.

A. P. Néant.

A. N. Impressionnable. Pleurs faciles. Stigmates de neurasthénie.

A. E. Apéritifs, vins, liqueurs. Pas de cauchemars. Gros foie.

Appétit conservé.

Matinée bonne. Pas de pituites.

1/4 d'heure après les repas : phénomène de dyspepsie sensitivo-motrice. 3 ou 4 heures après : tiraillements, brûlures intenses avec irradiations dans les côtes et dans le dos, non calmées par les aliments.

Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Foie : 12 centimètres.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXII. — Ch. .., étudiant en médecine, 24 ans.

A. P. coxalgie.

A. N. nuls.

A. E. pas d'éthylisme.

Souffre depuis quelques mois.

Appétit conservé, ne mange pas pour ne pas souffrir. Douleurs

tardives après les repas : sensation de constriction au creux épigastrique avec irradiations dans les côtés.

Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Foie : 9 centimètres.

Sensibilité assez marquée le long de la grande courbure.

Pas de troubles de la sensibilité superficielle.

Obs. XXIII. — G. . . , tapissier, 44 ans.

A. P. fièvre typhoïde à 28 ans.

A. N. nuls.

A. E. 1 litre de vin, cognac, absinthe de temps en temps. Les signes d'intoxication n'ont pas été recherchés.

Appétit diminué. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas. Brûlures assez intenses vers deux heures du matin.

A eu plusieurs vomissements de sang rouge sans mélange d'aliments survenus brusquement, sans efforts, sans douleurs, pas de mœlena.

Foie normal. Traube peu marqué.

Pas de clapotage.

Légère douleur le long de la grande courbure.

Obs. XXIV. — F. . . , serrurier, 20 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Nuls.

A. E. 1 litre de vin. De temps en temps, apéritifs. Cognac. Pituites matutinales ? Pas de cauchemars. Appétit diminué.

Phénomènes légers de dyspepsie sensitivo-motrice.

Pas de vomissements. Pas d'hématémèse.

Foie un peu gros et sensible.

Traube normal.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure.

Obs. XXV. — L. . . , sommelier, 69 ans.

A. P. Nuls.

A. N. Pas de renseignements.

A. E. Pas de renseignements.

Souffre depuis une quinzaine d'années.

Traité en 1895. Grande amélioration. Depuis deux mois les douleurs ont recommencé.

Au réveil, rien à signaler.

Appétit conservé. Symptômes d'hyperchlorhydrie. Vomissements pituiteux.

Espace de Traube normal.

Foie mobile.

Douleur assez vive au niveau de la grande courbure.

Point épigastrique marqué.

A = 248.

T = 438.

H = 146.

C = 132.

H + C = 278.

F = 160.

OBS. XXVI. — L. . , imprimeur, 43 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. A bu beaucoup autrefois : 2 litres 1/2 de vin, plusieurs apéritifs. Les pituites ont cessé depuis 1 mois. Plus de cauchemars.

Crampes fréquentes dans les mollets. Agitation.

Boit encore 1 litre 1/2 de vin.

Appétit diminué.

Après les repas : symptômes d'hyperchlorhydrie.

Jamais de vomissements. Pas d'hématémèse.

Foie normal.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXVII. — M. . . , employé des postes, 40 ans.

A. P. Syphilis il y a 15 ans.

Rhumatisme il y a 3 ans.

A. N. Pas de renseignements.

A. E. Id.

Appétit conservé.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice après les repas.

Foie plutôt petit.

Pas de clapotage.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXVIII. — M. . . , marchand de vin, 27 ans.

A. P. nuls.

A. N. nuls.

A. E. 1 litre de vin, marc avec le café, apéritifs, pas de pituite, nuit mauvaise, rêves, cauchemars.

Souffre depuis 12 ans.

Appétit diminué.

Après les repas : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, vomissements pituiteux.

Pas de rein mobile.

Foie petit, espace de Traube normal.

Pas de point épigastrique.

Sensibilité le long de la grande courbure.

OBS. XXIX. — M..., 35 ans.

A. P. aucun.

A. E. 1 litre de vin par jour, de temps en temps eau-de-vie le matin à jeun, petit verre de rhum après le café matin et soir, apéritifs une fois par semaine. Mange lentement, mastication suffisante. Pas d'état névropathique, pas de stigmates d'hystérie.

Début remonte à 6 ans. Pendant les 3 premières années : phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice, pesanteur, ballonnement, renvois gazeux.

Il y a 3 ans, crise très violente, vers 6 heures de l'après-midi, douleur très forte au creux épigastrique ayant amené une syncope. Depuis lors, souffre davantage.

Le matin, le malade est bien, pas de pituites. Deux heures après les repas, pesanteur, gêne générale, le malade se fait vomir. Souvent il éprouve une sensation de brûlure très forte avec point correspondant dans le dos.

Au mois de juin 1897 : hématomèse, en 1/2 heure, 3 vomissements de sang rouge que le malade évalue à 3 litres? Pas de mœlena.

Examen : douleur provoquée sur toute la face antérieure de l'estomac et le long de la grande courbure.

Pas de clapotage, pas de flot transversal.

Foie normal.

OBS. XXX. — P..., forgeron, 54 ans.

A. P. nuls.

A. N. Pas de stigmates de neurasthénie. Pas de stigmates d'hystérie.

A. E. Absinthe comme boisson aux repas. Alcool. Crampes dans les mollets. Cauchemars. Pas de pituites.

Depuis 15 ans : une hématomèse par an sans souffrance.

Il y a 2 ans : vomissements alimentaires survenant immédiatement après les repas. Ces vomissements se sont reproduits pendant 8 jours.

Depuis lors : douleurs survenant aussitôt après les repas, sensation de griffes très douloureuse avec point correspondant dans le dos. Renvois fétides.

Pas de mœlena.

Appétit disparu. Amaigrissement.

Douleur à la palpation dans toute la région épigastrique.

Pas de tuméfaction apparente.

Grande courbure descend au niveau de l'ombilic.

Pas de clapotage à jeun.

Obs. XXXI. — S. . . , relieur, 37 ans.

A. P. Rhumatisme. Insuffisance aortique. Rétrécissement urétral.

A. N. Pas de stigmates d'hystérie ni de neurasthénie.

A. E. Pas d'éthylisme.

A pris beaucoup de médicaments.

Mastication suffisante.

Souffre depuis 6 mois.

Appétit diminué. Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Hématémèses il y a 12 ans.

Espace de Traube exagéré. Tympanisme gastrique.

Douleur à la palpation à la grande courbure.

Obs. XXXII. — Z. . . , tailleur, 36 ans.

A. P. Fièvres paludéennes.

A. N. Pas de stigmates.

A. E. 1 litre de vin, 2 apéritifs : aurait supprimé l'alcool depuis 2 ans, au début de sa maladie. Pas de cauchemars, pas de crampes.

Plus de pituites.

Phénomènes de dyspepsie sensitivo-motrice.

Pas de vomissements.

Foie : 8 centimètres.

Pas de clapotage.

Douleur le long de la grande courbure,

Nous arrivons donc maintenant à cette conclusion que la douleur à la face antérieure de l'estomac se trouve chez des alcooliques et chez des hystériques. Dès lors, faut-il en rabattre beaucoup de ce que nous disions au début de ce chapitre à propos de la gastrite alcoolique ; faut-il enlever de la valeur que nous avons attribuée à la douleur de la face antérieure de l'estomac pour le diagnostic de la gastrite éthylique ?

Nous ne le croyons pas, parce que, à notre avis, ne sont pas la même, la douleur à la face antérieure de l'estomac chez les alcooliques, et la douleur chez les hystériques. Alors que la première est une douleur réelle, la seconde nous a paru une douleur psychique. Il nous semble qu'il est toujours possible et même facile de les différencier.

En effet, cette douleur chez les hystériques amène très souvent une réaction générale intense ; la respiration s'accélère, les malades se plaignent d'oppression, elles décrivent la sensation de boule se formant au creux épigastrique, remontant le long de l'œsophage, pour s'arrêter à la gorge et y déterminer de la constriction ; il n'est pas rare de provoquer par une pression prolongée, de petites et même de grandes crises d'hystérie.

Cette douleur, en un mot, est volontiers hystérogène ; on sait d'ailleurs que les hystériques ont très souvent au niveau du point épigastrique un point hystérogène. Ce point hystérogène peut varier de place et peut même, alors qu'il est nettement au niveau du point épigastrique, étendre son action hystérogène sur la face antérieure de l'estomac.

Il est des fois, cependant, où la palpation profonde détermine chez des hystériques une douleur plus ou moins marquée, sans que cette douleur amène une réac-

tion générale. Dans ces cas encore, il nous a semblé que cette douleur était psychique. Nous avons vu, en effet, des hystériques accusant une douleur très vive, même sous l'influence d'une palpation légère, tout au début de l'exploration de la région gastrique, supporter quelques minutes après une pression très forte, tout simplement parce qu'on leur avait fait de la suggestion, et qu'on leur avait longuement expliqué que ces genres de douleurs ne résistent pas longtemps à un massage bien fait de l'estomac. Les mêmes malades pourront quelques jours après présenter la même douleur très vive ; on ne les aura pas forcément guéris, mais le fait qu'on aura pu, dans l'espace de quelques minutes, amener une diminution marquée de l'intensité de cette douleur, aura une grande valeur séméiologique. De plus, cette douleur nous a paru chez les hystériques rarement aussi nettement localisée que chez les alcooliques ; elle empiète volontiers sur les environs immédiats de l'estomac.

Ajoutons enfin qu'ici comme partout, on pourra trouver au niveau de la région gastrique des troubles de la sensibilité superficielle qui aideront au diagnostic ; quelquefois même il sera très difficile de faire la part des choses chez les malades qui ont de l'hyperesthésie cutanée, le pincement de la peau étant beaucoup plus douloureux que la palpation profonde.

Ceci dit, revenons à nos gastrites éthyliques, et analysons un peu les 45 observations qui sont à notre disposition :

Dans ces observations, nous trouvons les types cliniques les plus variés. La plupart de ces malades présentent des symptômes de dyspepsie sensitivo-motrice ; d'autres des symptômes d'hyperchlorhydrie ; plusieurs ont

eu des hématoméses, la douleur en broche, des vomissements alimentaires abondants qui nous permettent de penser à un ulcère. La diversité de ces symptômes nous autorise donc à croire que la douleur que présentent nos malades est bien liée au facteur commun qu'ils ont tous : l'alcool.

Nous regrettons de ne pas pouvoir reproduire l'analyse du suc gastrique de nos malades. Nous n'en avons que quatre ; elles appartiennent à des hyperchlorhydriques. On a souvent répété et écrit que le suc gastrique, dans les gastrites éthyliques, est hyperchlorhydrique. La question qui pourrait donc se poser ici serait la suivante : la douleur le long de la grande courbure ne serait-elle pas liée à l'excès d'acide chlorhydrique et non à l'alcool ? A cela nous répondrons que beaucoup de nos malades sont des dyspeptiques sensitivo-moteurs ; or, dans ces cas, des analyses répétées ont démontré que le chimisme est quelconque. Nous pouvons supposer qu'il en serait de même dans les observations que nous rapportons. D'autre part, il nous serait facile de citer nombre de cas d'hyperchlorhydrie, sans éthylisme à l'étiologie, où la douleur le long de la grande courbure, recherchée, n'a pas été trouvée.

Il serait intéressant de pouvoir donner la pathogénie de cette douleur, et la question qui se pose maintenant est la suivante : Cette douleur est-elle due à une action spécifique de l'alcool ou à des lésions de gastrite quelle que soit la cause de ces lésions ; disons tout de suite que nous n'en savons rien. Si nos observations avaient pu être tenues au courant au point de vue de la douleur, si nous savions ce que devient cette douleur dans le temps, nous aurions eu des documents qui nous auraient peut-être permis de faire pencher la balance dans un sens ou

dans l'autre. Nous ne pouvons que regretter qu'il n'en soit pas ainsi. Ajoutons cependant, quoique nous n'ayons aucun document à fournir, que M. Mathieu nous a dit avoir souvent examiné des gastrites médicamenteuses, sans avoir rencontré cette douleur.

De plus, M. Mathieu fait quelquefois, à titre de pure hypothèse, le rapprochement suivant : La pression des masses musculaires détermine très souvent chez les alcooliques une douleur plus ou moins marquée ; la douleur déterminée par la pression de l'estomac pourrait bien être une douleur de même ordre. Quoi qu'il en soit, si ce symptôme n'a pas un intérêt scientifique, il a une valeur clinique, et peut-être thérapeutique, quoique en pathologie gastrique il y ait un principe absolu : suppression de tout alcool, quelle que soit l'étiologie des troubles en présence desquels on se trouve.

De l'étude que nous venons de faire, il semble ressortir ce fait, que toutes les fois qu'un malade accuse de la douleur à la face antérieure de l'estomac, ce malade est, *a priori*, ou un alcoolique ou un hystérique. Là n'est cependant pas notre pensée ; il nous reste maintenant quelques points à mettre en lumière.

Et d'abord, tout ce que nous avons dit à propos de la gastrite alcoolique, a trait à la gastrite chronique, car il est connu et admis depuis longtemps que toute gastrique aiguë ou même subaiguë, quelle qu'en soit la cause, donne lieu à une douleur plus ou moins vive à la palpation de la région gastrique. Il se passe au niveau de l'estomac ce qui se passe au niveau des autres parties de l'organisme toutes les fois que ces parties sont le siège d'un état inflammatoire aigu.

De plus, il arrive quelquefois que certains malades, non alcooliques et non hystériques aient un point épigas-

trique extrêmement marqué. La douleur n'est plus alors uniquement localisée à ce point, elle diffuse plus ou moins sur la région gastrique, donnant lieu à une surface douloureuse plus ou moins étendue. Ce fait est très net chez une de nos malades qui présente à la région gastrique une zone douloureuse de 10 centimètres de diamètre avec le point épigastrique comme centre ; la douleur va croissante de la périphérie au centre. Dans le cas que nous citons, la malade est, il est vrai, hystérique, mais la douleur qu'elle présente ne peut pas être rattachée à sa névrose ; elle n'a aucun des caractères qui pourraient nous permettre de la lui attribuer ; d'ailleurs, nous avons vu le point épigastrique diffuser ainsi chez d'autres malades nullement névropathes.

Enfin, certains malades, non alcooliques et non hystériques, peuvent avoir un ulcère de l'estomac, et on sait que dans les cas d'ulcère, la palpation de l'estomac peut être très douloureuse ; mais ici encore, ce n'est pas la douleur des alcooliques, ce n'est pas cette douleur uniformément étendue à toute la paroi antérieure de l'estomac, c'est une douleur à point maximum nettement localisé, ce point maximum variant naturellement avec le siège de l'ulcère.

Ajoutons que la pression à ce point détermine quelquefois une douleur au niveau de la colonne vertébrale, donnant ainsi lieu à ce qu'on a appelé la douleur en broche.

Le fait, quoique moins marqué, peut exister également pour le cancer de l'estomac : ici encore la pression au niveau de la tumeur est plus douloureuse qu'au niveau des parties avoisinantes. Enfin, un foyer de péri-gastrite peut également déterminer un point très douloureux au niveau de la face antérieure de l'estomac avec irradiations dans les parties avoisinantes.

Nous voyons donc qu'à l'aide d'un examen attentif on peut arriver à faire la part des choses, et nous croyons que toutes les fois qu'on trouvera le long de la grande courbure, ou au niveau de la face antérieure de l'estomac, une douleur fixe, toujours semblable à elle-même, plutôt sourde, sans réaction générale, sans réaction hystéro-gène, sans point maximum, on pourra attribuer cette douleur à une gastrite alcoolique.

B. Sensibilité superficielle *

La région épigastrique nous présente souvent, au point de vue de la sensibilité superficielle, des troubles assez intéressants.

En parlant du point épigastrique, nous avons dit qu'un certain nombre de malades présentent à ce niveau une plaque d'hyperesthésie ou d'anesthésie, et nous avons ajouté que ces malades sont tous des hystériques.

Nous retrouvons à la région épigastrique les mêmes phénomènes susceptibles de la même interprétation.

Ces troubles de la sensibilité superficielle ne sont pas nettement localisés ; ils siègent au niveau de la face antérieure de l'estomac, mais ne se superposent pas nettement aux limites de cet organe ; ils peuvent très bien empiéter sur les régions voisines, s'étendre en haut, en bas ou sur les côtés aussi bien à droite qu'à gauche, plus souvent à gauche, cependant.

Ils ne se superposent pas non plus au trajet connu des nerfs superficiels ; ils affectent, comme M. Charcot l'a dit, une distribution géométrique, se superposant non pas à l'organe, mais à la fonction ; ces troubles sont d'origine corticale et non pas médullaire, semblables à

ces troubles cutanés que M. Charcot a si bien décrits sous le nom d'anesthésie ou d'hyperesthésie en forme de gants, de manchettes, de chaussettes, de veste, etc., etc., si caractéristiques de l'hystérie.

Voici ce que nous lisons dans le *Traité de l'hystérie normale* de M. Gilles de la Tourette, à propos de l'hystérie gastrique : « Aux troubles hyperesthésiques, hystérogènes de la muqueuse stomacale, se superposent presque toujours des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie de la peau qui recouvre le creux épigastrique *ou les régions de voisinage*. Nous disons région de voisinage, car il faut tenir compte de la loi générale de l'irradiation des zones.. ..

Si l'aliment dont l'action directe sur la zone hystérogène de la muqueuse stomacale provoque la douleur paroxystique, tarde à être rejeté par le vomissement, l'ensemble symptomatique d'une véritable attaque se déroule de plus en plus. Il n'est pas rare, dans ces cas, d'observer de la rachialgie, des palpitations, de la dyspnée, tous phénomènes qui tiennent à l'irradiation de la zone stomacale aux zones de voisinage, dont la zone rachidienne et la zone de la région thoracique gauche sont de beaucoup les plus fréquentes ».

Nous avons dit qu'on pouvait rencontrer de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie. Ces deux phénomènes se rencontrent-ils avec la même fréquence et d'une façon tout à fait indifférente ? Nous savons qu'il est admis aujourd'hui que l'anesthésie et l'hyperesthésie sont des troubles de même nature, susceptibles de la même pathogénie, et on a vu quelquefois l'hyperesthésie disparaître du jour au lendemain pour faire place à une anesthésie épousant absolument les limites de l'ancienne zone hyperesthésique, et réciproquement. Mais il semble qu'à la région

épigastrique, l'anesthésie et l'hyperesthésie soient sous la dépendance de certains facteurs constants. Nous avons souvent entendu dire par notre maître, M. Gilles de la Tourette, que l'anesthésie à la région épigastrique se rencontre chez les hystériques anorexiques ; tandis que l'hyperesthésie se rencontre chez les hystériques qui vomissent. M. Sollier fait la même remarque, et a fait sur ce sujet une communication au congrès de Lyon de 1894.

Si ce fait ne nous a pas paru exact dans les cas où il y a simplement des troubles de la sensibilité cutanée, superposés au *point* épigastrique, il n'en est pas de même dans les cas où l'anesthésie ou l'hyperesthésie s'étend à toute la région prégastrique.

Les 6 observations d'hystérie gastrique que nous rapportons semblent confirmer cette interprétation.

Ces troubles de la sensibilité superficielle de la région épigastrique n'ont donc rien de spécial, il se passe tout simplement au niveau de l'estomac ce qui se passe au niveau des autres fonctions de l'organisme quand elles sont touchées par la névrose.

D'ailleurs, cette notion est connue depuis longtemps, et toutes les observations qu'on a pu recueillir n'ont fait, en somme, que confirmer ce que Brodie disait en 1837 à propos de la coxalgie hystérique : « Souvent c'est à l'articulation de la hanche que siège la douleur, et ce n'est que par un examen minutieux qu'on peut dans ce cas faire le diagnostic d'avec une affection des os ou des cartilages. Vous rencontrerez de la douleur à la hanche et dans le genou, douleur qui est augmentée par la pression et par le mouvement ; la malade reste étendue sur un lit ou sur un divan en conservant toujours la même position. Vous vous dites que ce sont là des signes d'une

affection de la hanche. Mais poussez plus loin l'observation : la douleur est rarement limitée à un point, elle s'étend à tout le membre. La malade fait des grimaces et pousse quelquefois des cris si vous exercez une pression sur la hanche ; mais elle le fait aussi si vous pressez sur l'os coxal, ou la région lombaire, ou la cuisse, ou même la jambe, jusqu'au niveau des mollets : *partout la sensibilité morbide siège dans l'enveloppe cutanée* ; si vous pincez la peau jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, la malade se plaint plus que si vous poussiez la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ». M. Gilles de la Tourette nous a appris à connaître les limites de cette zone hyperesthésique. Le territoire cutané hyperesthésique est représenté par une sorte de triangle dont le sommet serait à la racine des bourses ou à la naissance du mont de Vénus chez la femme, et dont la base, s'élargissant de plus en plus parallèlement au pli de l'aîne qu'elle a pour centre de direction, contournerait la fesse et irait s'implanter sur le sacrum, *empiétant quelquefois assez haut sur la région hypogastrique*. Si nous avons cité ici les limites de cette zone hyperesthésique, c'est que nous en aurons besoin plus tard pour expliquer certaines irradiations de l'hyperesthésie dans les côtés, irradiations qu'on tend à attribuer à une autre cause qu'à l'hystérie.

Ce signe de Brodie, si remarquable puisqu'il est encore aujourd'hui, quand il existe, le plus sûr moyen de diagnostic de la coxalgie hystérique, a reçu de la part de M. Gilles de la Tourette une confirmation, nous dirons même une démonstration très intéressante et très élégante. Dans un très long article paru dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* de 1889 (p. 107-170) et intitulé : *De la superposition des troubles de la sensi-*

bilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques, M. Gilles de la Tourette nous apprend que, mettant en œuvre la méthode expérimentale de M. Charcot, il a fait passer une hystérique dans la phase somnambulique du grand hypnotisme et lui a donné par suggestion du blépharospasme. Au réveil, le blépharospasme existe et « autour de l'œil existe une zone d'anesthésie tégumentaire comprenant les paupières supérieure et inférieure et formant une bande circulaire de un centimètre et demi de largeur autour du rebord orbitaire ». Ces constatations faites à l'état de veille, dit M. Gilles de la Tourette, nous remettons la malade en somnambulisme et nous lui suggérons qu'elle peut maintenant ouvrir son œil et qu'elle pourra le tenir ouvert après son réveil ; puis nous la réveillons : son œil s'ouvre, la cornée, la conjonctive et les téguments périphériques ont recouvré leur sensibilité normale ». La même expérience répétée sur une autre hystérique a donné les mêmes résultats. De cette façon se trouvait faite, mathématiquement nous pouvons le dire, la démonstration de ce qu'avait enseigné Brodie, et en cette matière, à notre avis, le travail de M. Gilles de la Tourette fait date. Depuis lors, des observations variées nous ont appris à connaître les pseudo-coliques hépatiques avec leur zone hyperesthésique de l'hypochondre droit ; les pseudo-angines de poitrine avec leur zone hyperesthésique de la région précordiale, etc., et tout dernièrement est venue se mettre dans le cadre la crise d'appendicite hystérique avec troubles de la sensibilité superficielle surajoutés.

Discutant le diagnostic étiologique de l'ulcère rond de l'estomac, M. Gilles de la Tourette a dit dans son *Traité de l'hystérie* : « Nous sera-t-il permis de dire que les faits d'ulcère rond attribuables à l'hystérie s'accom-

pagnent souvent d'un phénomène qui a son importance en clinique ? Nous voulons parler d'une hyperesthésie cutanée exquise de la région épigastrique et aussi parfois, lorsqu'il existe une douleur en broche, de la région dorso-lombaire. Alors que dans l'ulcère rond d'origine alcoolique, par exemple, la pression profonde est surtout douloureuse, dans l'ulcère rond lié à la névrose, la douleur profonde existe également, mais elle n'est pas comparable en intensité à celle que l'on provoque par le simple pincement de la peau. Ce signe peut faire défaut, mais alors que nous ne l'avons jamais constaté, lorsque l'alcoolisme était en cause, il existait par contre, dans plusieurs de nos observations (VII, XI, XIII citées dans la thèse de M. Bruchon, Henri, 1894) où l'hystérie, de par ses multiples manifestations, était indéniable.

OBS. I. — M^{me} V. . . , cartonnrière, 49 ans.

A. P. Nuls. Anémie légère. Actuellement, mal réglée.

A. N. Crise de nerfs, il y a trois mois. A la suite de contrariété : sensation de boule, perte de connaissance pendant 1/2 heure environ. Crises de larmes.

Presque tous les jours, après les repas, sensation de boule remontant à la gorge, mais sans perte de connaissance. Rétrécissement du champ visuel à droite. Hemianesthésie droite.

Depuis environ 8 ans, souffre de l'estomac.

Le matin, la malade est bien.

Après le petit déjeuner : légère douleur au creux épigastrique, accompagnée de nausées, durant environ 1/2 heure.

A midi : appétit conservé.

Une 1/2 heure à une heure après les repas, sensation de brûlure très vive au creux épigastrique ; sensation de boule remontant le long du sternum et amenant une sensation de constriction au niveau de la gorge, suivie le plus souvent de vomissements alimentaires qui soulagent la malade ; pas de perte de connaissance. Ces douleurs se renouvellent quelquefois une ou deux heures après et se terminent de même par des vomissements. Après le dîner, la

malade se couche et ne vomit pas, mais elle a tout de même sa sensation de boule.

Il y a 8 jours, la malade a, paraît-il, vomi une substance noirâtre, analogue à du marc de café, de la valeur d'un verre environ. Il y a 2 ans, la malade aurait eu des vomissements analogues tous les jours, pendant un mois, qui l'auraient beaucoup fatiguée et l'auraient obligée à garder le lit pendant 3 semaines. Pas de mœlena.

Examen : Foie normal.

Estomac normal.

Hyperesthésie cutanée au niveau de la face antérieure de l'estomac, empiétant un peu sur le côté gauche.

Point hystérogène au creux épigastrique.

OBS. II. — M^{me} C. . . , 33 ans.

A. H. Mère morte d'une maladie d'estomac indéterminée.

A. P. A 12 ans, fièvre typhoïde ; à 24 ans, grippe.

Depuis 2 ans, 2-3 crises de coliques hépatiques. Impressionnable. Colères faciles. Crises de larmes, auxquelles succèdent facilement des accès de rire.

Pas d'éthylisme.

Depuis janvier 1900, la malade éprouve souvent après les repas une sensation de boule qui se forme au creux épigastrique, remonte jusqu'au milieu du sternum ; elle éprouve, en même temps, au creux épigastrique, une douleur intolérable ; il lui est arrivé, dans quelques-unes de ces crises, de se tordre et de se rouler par terre. Aussitôt après la crise douloureuse, un vomissement acide se produit qui soulage considérablement la malade. Appétit conservé.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Amaigrissement notable.

Examen : Foie mobile. Espace de Traube tympanique. Hyperesthésie cutanée de la région antérieure de l'estomac, marquée surtout au point épigastrique. Point hystérogène à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; l'estomac clapote un peu, sensation de flot transversal par la succession ; l'estomac semble donc un peu dilaté.

La malade est revue 3 jours après, on constate qu'elle a de la stase, le matin à jeun, et des débris alimentaires nombreux ; le point hystérogène qu'elle présente au-dessous de l'ombilic siège donc très probablement au niveau de la grande courbure.

La malade ne souffre plus du tout, quoique mangeant de tout.

OBS. III. — M^{lle} J. . . , 16 ans 1/2.

A. P. scarlatine à 5 ans 1/2, rougeole, coqueluche, bronchites répétées,

A. N. à la suite d'émotions : crises de larmes, tremblement généralisé, sensation de boule remontant le long du sternum et déterminant une sensation de constriction au niveau de la gorge.

Léger rétrécissement du champ visuel à gauche. Hémianalgésie gauche, hypéresthésie droite de la langue.

Pas de rétrécissement du champ auditif, pas de point ovarien.

Souffre de l'estomac depuis 10 ans environ. Les symptômes toujours identiques, ont augmenté depuis une quinzaine de jours.

Le matin à jeun : sensation de vide à l'estomac, étourdissements, vertige. Prend un peu de lait, puis surviennent des nausées, mais les aliments ingérés ne sont pas rendus, quelquefois régurgitations.

A midi : pas d'appétit, après le déjeuner sensation de brûlure ; quelquefois véritables crampes, gonflement, pesanteur.

Après dîner : mêmes phénomènes.

Jamais hématomène ni mœlena.

Examen : Foie normal.

Pas de rein mobile.

Point épigastrique marqué.

Sensibilité le long de la grande courbure avec point hystérogène au niveau de la face antérieure de l'estomac.

OBS. IV. — M^{me} B. . . , couturière, 45 ans.

A. P. Fièvre typhoïde dès le jeune âge.

A. N. Crises de nerfs à l'âge de 17 ans, pendant 1 an ; n'en aurait plus eu depuis.

Il y a 2 ans, à la suite d'un chagrin, les accidents actuels ont commencé : la malade a d'une façon continue une douleur en plaque au vertex.

En ce point, la pression, la traction des cheveux est douloureuse. De temps en temps, la céphalée s'accroît, devient extrêmement violente et s'accompagne de vomissements muqueux, sans débris alimentaires. Après ces vomissements la malade se retrouve avec sa céphalée. Ces accidents se reproduisent tous les 3 jours.

Pour éviter ces accidents la malade ne mange pas, elle a réduit son alimentation, depuis 1 an, à 1 litre de lait et 2 œufs. La malade a beaucoup maigri, elle présente des stigmates neurasthéniques : insomnie, fatigue le matin, etc.

Dernièrement a eu des douleurs en ceinture très violentes terminées par un vomissement : aucun signe de tabès.

Hypoesthésie généralisée ; anesthésie au niveau de la face antérieure de l'estomac.

Zone hystérogène au niveau du point épigastrique, du sein gauche et de la fosse iliaque gauche. La pression tout le long de la grande courbure est également hystérogène.

Foie normal. Estomac normal.

Pas de rein mobile.

Pas de corde colique.

La malade est revenue le 23 avril, elle allait mieux, le point épigastrique n'était plus hystérogène.

Analyse : A = 497.

T = 328.

H = 139.

C = 87.

H + C = 226.

F = 102.

Obs. V. — M. . , placier, 39 ans.

A. H. Père mort à 78 ans, de grippe ; mère à 65 ans, de grippe ; un frère bien portant ; deux sœurs bien portantes.

A. P. Nuls.

A. E. Pas d'antécédents éthyliques.

Souffre de l'estomac depuis 6 ans. Au début a pris pas mal de médicaments.

A. N. Pas de rétrécissement du champ visuel. Sensibilité normale aux membres.

Impressionnable. Colères faciles.

Début par des douleurs au creux épigastrique, sensation de brûlure, de plaie à vif, survenant 2 à 3 heures après les repas, durant à peu près 1/2 heure à 1 heure et se terminant par des vomissements alimentaires qui soulageaient le malade ; ces vomissements étaient très abondants ; le malade a remarqué des aliments ingérés la veille ; souvent le malade se faisait vomir pour se soulager.

Après le dîner, mêmes phénomènes. Le plus souvent, le malade était réveillé par sa douleur, vers minuit, et vomissait ; le reste de la nuit était bon.

Le matin, le malade était fatigué, courbatures généralisées, pas de céphalées ; ne souffrait pas de l'estomac, pas de renvois.

Ces phénomènes sont restés identiques à eux-mêmes, jusqu'à ces 6 derniers mois.

Depuis cette époque, la matinée est toujours bonne.

A midi : mange d'assez bon appétit. Vers 4 heures, douleurs dans tout le ventre, sensation de picotement, ballonnement, renvois gazeux par la bouche et l'anus ; les brûlures ont cessé, elles se montrent cependant de temps en temps et se terminent comme anciennement par des vomissements ; le malade a remarqué dernièrement des aliments de la veille ; mais ces derniers phénomènes se montrent surtout la nuit.

Ces douleurs de ventre durent jusqu'au diner, elles cessent à ce moment, l'ingestion des aliments calmant le malade.

Depuis un an, le malade se fait des lavages. C'est à ces lavages qu'il attribue la disparition de ces vomissements, du reste, souvent quand il souffre, il se lave et ramène avec ses lavages les aliments ingérés.

Constipation opiniâtre. Glaires dans les selles de la valeur d'une cuillerée à café.

Amaigrissement notable : 18 livres en un an.

Pas d'hématémèse ni de mœlena.

Examen : douleurs à la pression du cœcum et de l'S iliaque.

Estomac ne paraît pas dilaté.

Douleur au point épigastrique : 3 k. 500.

Pas de rein mobile.

Anesthésie cutanée au point épigastrique. Zone d'hypéresthésie en ceinture au côté gauche, d'une étendue comprise entre une ligne commençant en avant au niveau de la 6^{me} côte et regagnant obliquement le rachis en passant au niveau de la pointe de l'omoplate et une autre ligne commençant à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic et regagnant horizontalement le rachis. Pas de point douloureux au niveau de la colonne vertébrale.

Analyse : A = 138.

T = 211.

H = 65.

C = 81.

H + C = 146.

F = 65.

OBS. VI. — M^{me} C...

A. P. nuls.

A. N. sensation de boule partant de l'estomac et remontant le long du sternum à la suite de contrariété, pleurs, tremblements des membres, mais pas de pertes de connaissance.

Rétrécissement du champ visuel à gauche, anesthésie totale de

la langue. Diminution du goût, sensibilité normale aux membres. Il y a 12 mois accidents gastriques ont commencé.

Au début, pendant 4 mois, après le repas, éructations, vomissements sans aucune douleur ; puis les vomissements se sont calmés et ont apparu des douleurs intenses qui ont duré 1 mois, empêchant toute alimentation et qui ont cédé brusquement sous l'influence de la cocaïne.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 8 mois, la malade ne peut plus s'alimenter ; dès qu'elle mange, elle éprouve des douleurs dans le dos, de plus elle a perdu complètement l'appétit ; la malade est très amaigrie : elle ne dort plus.

Fatigue au réveil : maux de tête, ne peut plus travailler.

Rein mobile droit 2^e degré. Douleur très vive au creux épigastrique.

Anesthésie en ceinture du côté gauche sur une étendue comprise entre une ligne s'étendant du sternum au rachis en passant par le mamelon gauche et une autre ligne s'étendant d'un point situé à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic, au rachis.

CHAPITRE III

Face antérieure et régions du voisinage.

S'il est indiscuté et s'il semble indiscutable aujourd'hui que les troubles que nous venons de rapporter sont sous la dépendance de l'hystérie, en est-il de même de certaines hyperesthésies de voisinage que l'on rencontre chez quelques dyspeptiques ?

Chez certains malades, en effet, l'hyperesthésie ne se localise pas à la région épigastrique, elle irradie dans les côtés sous forme de ceintures quelquefois obliques, quelquefois horizontales gagnant la colonne vertébrale où l'on trouve souvent un maximum. Souvent unilatérale, elle peut être bilatérale ; elle siège ordinairement dans l'espace compris entre le rebord des fausses côtes et le nombril dans les maladies de l'estomac.

Parfois les malades attirent eux-mêmes l'attention sur leur hyperesthésie, se plaignant de douleurs assez violentes de ce côté ; le moindre attouchement les fait sursauter et ils évitent soigneusement tout contact. D'autres fois la zone hyperesthésique veut être cherchée. On peut pour la déceler rapidement, soulever la peau entre le pouce et l'index à l'endroit où on la soupçonne. Alors que cette manœuvre est absolument indolore chez les sujets normaux, elle provoque chez ceux qui ont de l'hyperesthésie, une sensation très désagréable qui peut aller jusqu'à une vive douleur et qui détermine de la

part du patient un mouvement de défense. Cette hyperesthésie constatée, il ne reste qu'à en déterminer les limites à l'aide d'une épingle.

Cependant le pincement de la peau n'est vraiment douloureux que dans les cas d'hyperesthésie exquise, et, si l'on se contentait simplement de cette exploration, on risquerait de laisser quelquefois passer inaperçues certaines zones hyperesthésiques. Aussi doit-on systématiquement, dans tous les cas, étudier la sensibilité superficielle des malades par le procédé de l'épingle.

La connaissance de ces faits n'est pas de date récente. Les anciens auteurs avaient très bien observé et magistralement décrit ces zones hyperesthésiques. Nous trouvons en effet dans Briquet, à propos de la pleuralgie, les lignes suivantes qui se rapportent tout à fait au sujet que nous étudions : « Son siège a quelque chose de fixe. Elle s'étend ordinairement en manière de demi-ceinture qui tantôt suit la direction oblique des côtes, tantôt est encore plus oblique qu'elles et d'autres fois est assez exactement horizontale. Cette ceinture part de la gouttière vertébrale où elle semble souvent être une continuation de la rachialgie et vient se terminer en avant avec l'épigastralgie. Elle occupe ordinairement une hauteur de 4-5 travers de doigt au niveau des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e côtes et des espaces intercostaux correspondants. Quelquefois, mais très rarement, elle a plus de hauteur ; dans un certain nombre de cas, je l'ai vue se confondre inférieurement avec l'hyperesthésie du muscle grand oblique de l'abdomen. Elle peut s'accompagner de l'hyperesthésie d'une portion plus ou moins étendue de la peau qui lui lui correspond, mais rarement elle se joint à l'anesthésie ».

A propos des pseudo-angines de poitrine, nous trouvons

ans le *Traité de l'hystérie* de M. Gilles de la Tourette, une description analogue à celle de Briquet : « Les douleurs ne restent pas localisées, elles irradient à leur tour dans le cou, gagnent le membre supérieur, s'étendent jusqu'aux extrémités digitales surtout dans le domaine du cubital et envahissent parfois tout le côté gauche. *La peau de toutes ces régions est alors le siège d'une hyperesthésie exquise* ».

M. Huchard a cité dans le *Progrès Médical* de 1889, un cas où il existait « à la partie moyenne des vertèbres dorsales, un point d'hyperesthésie, sorte de clou dorsal analogue au clou hystérique du sommet de la tête ; le frottement des doigts était très sensible au niveau des 7^e et 8^e nerfs intercostaux du côté gauche ».

Ces troubles de la sensibilité superficielle étaient nettement rattachés à l'hystérie. S'ils n'étaient pas nettement superposés au territoire des nerfs intercostaux, on ne s'en étonnait point, sachant combien il entre dans les mœurs de l'hystérie d'agir ainsi ; bien plus, ce caractère restait même un symptôme pathognomonique de la névrose. Ces troubles ont reçu ces temps derniers de la part de certains auteurs, une interprétation toute différente. M. Henry Head, en Angleterre (1893) et M. Faber, en Allemagne (1900), ont repris cette question et ils trouvent dans la constitution de la moelle une raison anatomique à la distribution de ces zones d'hyperesthésie.

M. Head ayant remarqué d'une part que ces zones hyperesthésiques étaient nettement limitées et que des malades différents présentaient les mêmes zones avec les mêmes limites ; d'autre part que ces territoires hyperesthésiques étaient les mêmes que ceux où se produisaient les éruptions des zonas correspondants, essaya de déterminer à quels segments du système nerveux central correspondaient ces segments hyperesthésiques.

Après avoir pratiqué des lésions de la moelle épinière à des animaux, il put déterminer quel segment de la moelle tenait sous sa dépendance tel ou tel segment de la peau. C'est ainsi qu'on a, d'après lui, 8 zones cervicales, 12 zones dorsales, 5 zones lombaires et 4 zones sacrées. Il étudia ensuite dans les maladies organiques quelles zones chaque organe rend hyperesthésique et il découvrit que les douleurs sont généralement réfléchies d'un organe bien déterminé sur une zone bien déterminée et que ces zones correspondent aux parties de la moelle d'où partent les faisceaux du sympathique pour se diriger vers les organes atteints. Aux 12 segments dorsaux de la moelle épinière correspondent donc sur la peau 12 segments sensiblement horizontaux, chacun d'eux recevant ses nerfs de son segment correspondant ; les deux segments supérieurs s'étendent sur la partie postérieure des bras et ne prennent qu'une petite partie du tronc. Au contraire, les autres zones affectent la forme de ceintures assez larges empiétant les unes sur les autres et se prolongeant jusqu'à l'aîne.

Chaque organe n'a pas à lui tout seul sa zone déterminée vers laquelle il envoie tout seul ses impulsions ; chaque organe semble au contraire être en communication avec une série de segments de la moelle et ces segments peuvent être affectés par des lésions de plusieurs organes. Les maladies du tube digestif détermineraient une zone hyperesthésique située entre la 7^e et la 12^e zone dorsale. Les maladies de l'estomac tiendraient sous leur dépendance l'espace compris entre le rebord des fausses côtes et l'ombilic en avant, et la région infra-scapulaire en arrière ; celles de l'intestin, l'espace compris entre l'ombilic et le pli de l'aîne en avant et la région lombaire en arrière.

Ces mêmes zones pourront être affectées par des lésions d'autres organes : C'est ainsi qu'on voit dans les maladies

du cœur et du poumon, l'hypéresthésie s'étendre par derrière jusqu'à la 7^e et la 9^e zone, et occuper dans les maladies de l'utérus de la prostate la 10^e et la 12^e zone.

Ayant ainsi divisé l'organisme en segments superposés, dépendants de segments correspondants de la moelle, M. Head donna de ces hyperesthésies, une pathogénie qui découlait naturellement de ses travaux et il dit qu'elles étaient tout simplement des hyperesthésies réflexes. En effet, l'excitation partie de l'organe lésé se transmet par l'intermédiaire des faisceaux sympathiques à la moelle, et la douleur se localise à la peau par l'intermédiaire des filets nerveux qui aboutissent au segment excité. Cette pathogénie explique très bien pourquoi les zones hyperesthésiques ne correspondent pas à la distribution des nerfs intercostaux. En effet, les filets nerveux partis des cellules des ganglions rachidiens, se divisent en pénétrant dans la moelle en deux branches principales : une ascendante et une descendante qui donnent à leur tour de nombreuses collatérales ; par conséquent dans un segment donné de la moelle, nous rencontrerons des filets de plusieurs nerfs intercostaux, et non pas d'un seul ; nous comprenons dès lors, — en admettant pour le moment la théorie de Head — qu'une excitation partie de ce segment puisse déterminer du côté de la peau une zone hyperesthésique ayant comme étendue le territoire du nerf intercostal qui est en rapport direct avec lui plus une partie du territoire du nerf intercostal sus-jacent ou du nerf intercostal sous-jacent, celles dont les fibres aboutissent au segment donné.

M. Head dans sa pathogénie alla plus loin et dit que ces céphalées accompagnées d'hyperesthésie de la peau que l'on rencontre quelquefois chez les dyspeptiques et que l'on qualifie de clou hystérique, ne sont autre chose

que des céphalées également réflexes, ici les faisceaux conducteurs ne sont plus les faisceaux du sympathique mais ceux du pneumogastrique.

Cette théorie de M. Head que nous venons d'exposer n'est autre que la théorie de la métamérisation de la moelle. Nous n'avons pas cru devoir entrer dans de plus longs détails et n'avons dit que ce que nous croyons nécessaire pour la compréhension de notre sujet. On trouvera à ce propos une série de leçons dans les cliniques de M. le professeur Brissaud qui s'est occupé tout spécialement de cette question.

Certes, nous croyons à la métamérisation de la moelle. Nous trouvons dans l'anatomie comparée des raisons suffisantes pour l'accepter; cette théorie nous a de plus expliqué d'une façon très séduisante et très satisfaisante certains cas obscurs de zona; elle a éclairé d'un jour tout à fait nouveau certaines anesthésies en manchettes, en gants, en vestons qu'on rencontre dans la syringomyélie et dont la signification était jusqu'alors restée un problème indéchiffrable. Mais est-ce une raison pour lui demander l'explication de tous les troubles cutanés toutes les fois du moins qu'il sera possible d'invoquer un réflexe? Est-ce que nous devons désormais enlever à l'hystérie ces douleurs et ces hyperesthésies décrites sous le nom de cardialgie, de thoracalgie, de pleuralgie, etc., et les considérer comme des hyperesthésies réflexes? Car, nous devons accepter l'une ou l'autre de ces pathogénies. Il serait en effet bien curieux et bien extraordinaire qu'une hyperesthésie hystérique et une hyperesthésie réflexe eussent les mêmes limites sans qu'il existât entre elles une relation intime.

Nous n'objecterons pas en faveur de l'hystérie que dans ces cas de cardialgie, de thoracalgie, etc., il y avait des

stigmates hystériques qui permettaient de faire le diagnostic parce qu'on pourrait nous répondre que l'hystérie n'est là que comme cause occasionnelle et qu'elle est éminemment propre au développement de ces hyperesthésies réflexes.

Etant donné que l'anatomie pathologique ne nous donnera pas la solution du problème que nous essayons de discuter puisqu'il est infiniment probable qu'il n'existe pas de lésions médullaires, qu'il s'agisse d'hyperesthésie hystérique ou d'hyperesthésie réflexe, c'est à la clinique que nous devons nous adresser.

Admettons que la pathogénie de M. Head soit vraie et qu'il s'agisse bien d'hyperesthésie réflexe et voyons quels reproches la clinique nous permet de lui adresser.

Nous n'avons pu malheureusement recueillir que deux observations à l'hôpital Audral ; ce n'est pas suffisant pour discuter sérieusement cette question ; mais nous pourrons nous appuyer sur celles de M. Faber, qui a fait paraître dans le *Deutsches Archiv. für klinische Medicin* du 23 novembre 1899, un article sur ce sujet où il accepte les idées de M. Head.

1° N'oublions pas que la théorie de M. Head est une théorie anatomique et que, par conséquent, elle doit être rigoureusement vraie. N'oublions pas qu'à un segment donné de la moelle, correspond une zone donnée de la peau ; n'oublions pas non plus que les nerfs qui sont chargés de transmettre à la moelle l'excitation partie de l'organe lésé ont un trajet connu et fixe. Nous sommes, par conséquent, en droit de réclamer que, toutes les fois qu'une maladie de l'estomac, par exemple, déterminera une hyperesthésie réflexe, cette hyperesthésie occupe la même zone. En est-il ainsi. M. Faber nous dit que si, souvent, dans les cas qu'il a examinés, les limites de

l'hyperesthésie étaient les mêmes que celles assignées par M. Head, souvent aussi elles étaient toutes différentes. Dans une de nos observations, nous voyons l'hyperesthésie occuper toutes les zones dévolues aux maladies de l'estomac et de l'intestin ; la limite supérieure peut à la rigueur être considérée comme exacte ; mais il n'en est point de même de la limite inférieure qui fait une courbe au niveau de la région fessière et gagne le rachis à la partie inférieure du sacrum.

Non seulement notre malade n'a pas grand chose aux intestins qui puisse expliquer une douleur réflexe aussi marquée ; mais encore les zones attribuées aux maladies de l'intestin ne dépassent pas la 5^e lombaire. Notre malade est donc tout à fait hors du cadre tracé par M. Head et il nous semble difficile de considérer son hyperesthésie comme d'origine réflexe.

2^o Si ces hyperesthésies sont bien d'ordre réflexe, il doit exister entre elles et les maladies causales des liens internes.

M. Faber, à ce sujet, nous apprend des choses très intéressantes. Dans certains cas, dit-il, l'hyperesthésie s'est améliorée en même temps que la dyspepsie ; dans d'autres, elle a complètement disparu alors que la maladie d'estomac était à peine améliorée. Dans d'autres enfin, elle a semblé avoir un caractère autonome ; les principaux symptômes de la maladie d'estomac avaient complètement disparu, qu'elle persistait encore.

Il nous semble bien difficile, sinon impossible d'expliquer ces faits par la théorie de M. Head et la clinique semble porter encore un coup sérieux à cette théorie. Nous pouvons à la rigueur admettre que l'hyperesthésie disparaisse alors que la maladie causale persiste car on pourra en effet toujours nous objecter que nous ne

connaissions pas la cause intime qui provoque le réflexe et qu'il a pu se produire sous l'influence du traitement et du régime une amélioration suffisante pour supprimer le réflexe et pas suffisante pour soulager le malade d'une façon notable.

Mais comment admettre qu'une hyperesthésie qui persiste alors que la maladie qui est censée lui avoir donné naissance n'existe plus, puisse être une hyperesthésie réflexe. Ce fait va à l'encontre de la définition même du réflexe. En effet, dans tout réflexe, il faut envisager trois termes : la conduction, la réception et la transmission. Supprimons l'un quelconque de ces termes et nous n'avons plus de réflexe. Nous savons bien qu'il existe à propos des actes réflexes une loi appelée loi de l'ébranlement prolongé et qui dit qu'une excitation peut provoquer une série de mouvements qui se répètent pendant un certain temps. Nous savons bien que chez une grenouille qui a reçu de la strychnine, on voit l'ébranlement communiqué à la moelle se continuer longtemps après que l'excitation a cessé d'agir : *Sublata causa, non tollitur effectus*, dit M. Richet, mais alors il s'agit de secondes et non pas d'heures et de jours.

3° Reste enfin une dernière objection qui, à notre avis, a une grande valeur. Nous voyons en effet dans une de nos observations, notre malade présenter au niveau des zones appartenant aux maladies du tube digestif, non plus de l'hyperesthésie mais de l'anesthésie. Nous comprenons mal une anesthésie réflexe et nous n'hésitons pas à rattacher ce phénomène à l'hystérie dont notre malade présente d'ailleurs d'autres stigmates. Dès lors, si l'hystérie peut déterminer de l'anesthésie au niveau des zones où se manifestent des hyperesthésies réflexes, nous ne voyons pas pourquoi elle ne déterminerait pas de même

de l'hyperesthésie qui, nous l'avons dit, est un phénomène de même nature. Nous en arrivons donc à ceci : c'est que l'hyperesthésie hystérique et l'hyperesthésie réflexe dans les maladies de l'estomac pourraient avoir les mêmes limites. Nous avons dit au début de ce paragraphe pourquoi il nous faut prendre parti entre ces deux origines.

Admettons maintenant que ces zones hyperesthésiques soient bien d'origine hystérique et voyons quelles objections on peut nous faire.

1^{re} objection. — Et d'abord l'hystérie n'explique nullement les limites de ces zones. C'est vrai. Mais l'hystérie n'explique pas non plus les limites des zones hyperesthésiques ou anesthésiques en manchettes, en gants, etc., etc., qu'elle détermine si souvent. Cette objection n'a donc pas une grande valeur, car si elle en avait, il faudrait retrancher du domaine de l'hystérie ces troubles de la sensibilité auxquels nous faisons allusion et nous ne croyons pas qu'on puisse aller jusque là et démolir ce que la clinique entre les mains de M. Charcot a si solidement établi.

2^e objection. — Les troubles de la sensibilité superficielle se superposent chez les hystériques à la fonction de l'organe. Dans le travail de M. Gilles de la Tourette nous voyons ces troubles exister au niveau des paupières et exactement au niveau des muscles contracturés. L'hyperesthésie devrait donc siéger au niveau de l'estomac et ne pas gagner les côtés et voire même le dos.

A cela nous répondrons que dans les coxalgies hystériques, on a vu l'hyperesthésie empiéter sur une partie assez considérable de la région hypogastrique ; qu'on voit tous les jours des hystériques, recevant un coup au poignet par exemple, présenter de l'anesthésie de toute

la main : ils ne devraient alors présenter des troubles de sensibilité cutanée qu'au niveau du traumatisme. Dans le paragraphe précédent, nous avons cité l'opinion de M. Gilles de la Tourette au sujet de l'hystérie gastrique, et nous rappelons qu'il nous prévient qu'il faut tenir compte en matière d'anesthésie ou d'hyperesthésie de l'irradiation des zones. Est-ce que des hystériques qui ont un point hystérogène au niveau du rachis ne présentent pas quelquefois des irradiations en ceinture qui peuvent faire croire à un mal de Pott ?

A ce propos, on nous permettra de citer les quelques lignes suivantes extraites des leçons du mardi (1888-1889) de M. Charcot. Il s'agit d'un pseudo-mal de Pott hystérique ; parlant de la zone hyperesthésique qui siégeait au niveau du rachis et de l'hypocondre, M. Charcot dit :

« Il n'est pas nécessaire pour provoquer la douleur rachidienne d'exercer à l'aide du doigt avec une certaine force, une pression profonde sur les apophyses épineuses, sur les apophyses transverses, sur les gouttières vertébrales. Une pression des plus légères, un simple attouchement, un frôlement suffisent pour éveiller une douleur vive, et si peu qu'on insiste, pour arracher des cris au patient. En réalité, il existe là, non seulement sur le rachis mais encore partout où s'étend la douleur spontanée, une hyperesthésie exquise poussée au plus haut degré qui, sans doute, occupe pour une part les parties profondes mais qui siège surtout dans le tégument externe. On s'en assure très exactement en formant sur un point quelconque des parties hyperesthésiées un pli de la peau que l'on comprime ensuite entre le pouce et l'index. Une pression même très légère suffit pour produire la douleur.

» La région hyperesthésique forme comme une large

ceinture qui, en arrière au niveau du rachis, s'étend sur quelques vertèbres de la région dorsale inférieure et sur toute la hauteur des régions lombaires et sacrées, c'est là où la sensibilité à la pression est la plus vive ; de chaque côté, à droite et à gauche, la ceinture s'étend sur les lombes, contourne les hanches, envahit en avant les hypochondres et les régions inguinales d'où elle se répand sur le scrotum et sur la verge, laissant indemnes les régions ombilicales et les hypogastriques ».

Nous sommes frappés de la ressemblance qui existe entre cette zone et celle de M. Head ; en effet, elle occupe assez exactement la 11^e et la 12^e zone dorsale de M. Head ; nous savons que ces deux zones doivent appartenir aux maladies de l'intestin. Ici, on ne peut vraiment pas attribuer une origine réflexe à cette hyperesthésie, le point de départ du réflexe n'existant pas ; mais nous n'hésitons pas à croire par analogie avec ce que MM. Head et Faber ont dit à propos de l'estomac ; qu'ils lui auraient attribué une origine telle, si le malade présentait une affection intestinale.

Certes toutes ces raisons que nous donnons pour défendre notre opinion, ne sont pas des raisons anatomiques, mais ce sont des raisons cliniques qui, en l'espèce, ont une grande valeur.

Par contre, l'hystérie explique très bien pourquoi l'hyperesthésie disparaît avant que la maladie de l'estomac ne soit guérie et réciproquement, parce que la clinique nous a depuis longtemps appris que dans cette névrose les troubles de la sensibilité peuvent apparaître et disparaître du jour au lendemain et se remplacer les uns les autres sans cause connue.

Une autre objection qui, en l'espèce, paraît avoir une plus grande valeur est la suivante :

Sur les 29 cas rapportés par M. Faber dans son travail on trouve seulement dix fois des symptômes hystériques. Dans les 19 autres observations, il n'y a absolument aucun stigmate de la névrose; on n'a donc pas le droit de considérer ces zones hyperesthésiques comme un phénomène hystérique, Nous aurions été bien embarrassé pour répondre à cette objection si nous n'avions pour nous aider deux grands noms de la pathologie nerveuse. En effet, à propos de l'anorexie hystérique, M. Charcot a insisté sur ce fait qu'elle est ordinairement une forme monosymptomatique de la névrose, et que fréquemment elle ne s'accompagne pas de stigmates permanents.

D'autre part, dans une de ses cliniques « Hématomyélie et paraplégies subites », M. Brissaud discutant le diagnostic, parle en ces termes : « Il y a trop de bonnes raisons contre l'hypothèse d'une paraplégie hystérique pour que nous nous en tenions à ce diagnostic. Je n'invoquerai pas l'absence des stigmates, attendu que les paralysies hystériques sensitivo-motrices et les paraplégies en particulier, peuvent très souvent survenir en dehors de toute manifestation permanente de la névrose et évoluer à titre de phénomène isolé : *l'hystérie est monosymptomatique* et reste telle quelquefois longtemps, des années sans que rien vienne modifier ou compliquer la nature et l'étendue du symptôme unique ».

Nous voyons donc qu'il n'est pas une seule des objections faites à l'hystérie qui ne puisse être réfutée d'une façon satisfaisante, et pour notre part, nous continuerons à considérer ces zones hyperesthésiques en ceinture dont nous venons de parler longuement, et que l'on rencontre quelquefois dans les maladies de l'estomac et de l'intestin, comme redevables de l'hystérie; ces hyperesthésies n'étant à notre avis que des irradiations de ces hyperes-

thésies sur lesquelles nous nous sommes étendus dans le chapitre précédent, que l'on rencontre au niveau du foie, dans les pseudo-coliques hépatiques, au niveau des reins dans les pseudo-coliques néphrétiques au niveau du cœur, dans les pseudo-angines de poitrine, etc...

Nous ne voulons cependant pas dire que toute hyperesthésie siégeant au niveau de l'abdomen et irradiant dans les flancs, soit une hyperesthésie hystérique. Nous savons que les tabétiques présentent quelquefois dans ces régions, comme ailleurs, une hyperesthésie exquise, et tellement prononcée que le frôlement des doigts ou de leur chemise même, leur arrache des cris. Nous savons d'autre part que ces mêmes tabétiques présentent très souvent des crises gastriques, extrêmement douloureuses. On pourra donc se trouver en présence d'un tabétique, en pleine crise gastrique, et présentant une zone hyperesthésique en ceinture ; et c'est par un examen général et approfondi qu'on arrivera à faire la part des choses et à attribuer au tabès ce qui lui revient.

Nous ne croyons nullement, en effet, que cette hyperesthésie soit liée à la crise gastrique, attendu qu'elle peut exister chez cette catégorie de malades en dehors de toute manifestation stomacale, et même chez ceux qui n'ont jamais souffert de l'estomac. La pathogénie de cette hyperesthésie est celle des troubles de la sensibilité si nombreux et si variés du tabès.

Ici nous avons des lésions médullaires. Qu'on explique la topographie de l'hyperesthésie cutanée par la métamérisation de la moelle, nous le comprenons, et il est même très probable que là est la vérité. Mais il n'en est pas de même, à notre avis de ces hyperesthésies qui ne se montrent que chez des dyspeptiques et des dyspeptiques qui n'ont absolument aucune lésion de la moelle ; de ces

hyperesthésies nettement limitées, à bords nets et qui si elles siègent dans le flanc, et dans le dos n'ont pas un territoire fixe dans lequel elles se montrent toujours. Celles-là ne relèvent pas de la métamérisation de la moëlle, elles ne sont pas réflexes, mais hystériques.

CONCLUSIONS

De notre travail nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Il y a un grand intérêt à explorer l'état de la sensibilité superficielle et profonde de la région épigastrique chez les dyspeptiques.

2° Dans un grand nombre de cas, on provoque de la douleur par la palpation digitale profonde au niveau d'un point qui est sensiblement le même chez les différents individus.

Ce point est situé à peu près à distance égale de l'insertion de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane.

3° La douleur ainsi provoquée est variable suivant les individus et chez le même individu à des époques différentes. Mieux encore que la douleur spontanée, elle mesure l'intensité de l'irritation sensitive de l'estomac. Sa constatation peut fournir des indications utiles pour le régime alimentaire et la médication.

4° Lorsque la douleur est très accusée au point épigastrique, elle tend à s'étendre au pourtour, de façon à dessiner un diamètre assez restreint.

Chez les hystériques, le point épigastrique peut prendre les caractères d'un point hystérogène.

5° Le point épigastrique paraît correspondre, d'après les recherches de M. Roux, au tronc cœliaque et aux filaments nerveux allant du plexus solaire à l'estomac.

6° L'irritation de ces éléments nerveux reconnaît deux

facteurs étiologiques : l'irritation des extrémités nerveuses et l'irritabilité névropathique des sujets.

Elle peut porter uniquement sur les terminaisons nerveuses dans l'estomac, mais dépendre aussi d'une cause éloignée, colique hépatique, ptoses abdominales.

7° Dans un certain nombre de cas, il y a endolorissement à la palpation profonde de toute la partie de l'estomac en rapport avec la paroi abdominale. Le plus souvent alors il existe un maximum douloureux au niveau du point épigastrique.

8° Dans la majorité des cas où l'on constate cet endolorissement étendu, en dehors de toute poussée aiguë ou sub-aiguë de gastrite, on peut songer soit à l'alcoolisme, soit à l'hystérie.

La coïncidence de la douleur diffuse de la face antérieure de l'estomac avec une viciation en plus ou en moins de la sensibilité cutanée et plus encore avec les caractères hystérogènes que peut revêtir cette douleur, présentent une valeur très grande au point de vue du diagnostic de l'hystérie gastrique.

Dans d'autres cas, c'est la suggestion qui, en faisant rapidement disparaître cet endolorissement, montre nettement son caractère hystérique.

9° L'exploration de la sensibilité de la peau présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic de l'hystérie.

Souvent on trouve de l'hyperesthésie ou de l'anesthésie cutanées au devant du point épigastrique douloureux. La zone anesthésique ou hyperesthésique a quelquefois nettement le point épigastrique comme centre, elle est alors souvent circulaire et présente un diamètre en général de 5-15 centimètres. Quelquefois la plaque d'anesthésie est plus étendue, en général allongée, ova-

laire ; parfois elle se continue avec une zone thoracique en ceinture.

10° Chez les hystériques, s'il ne semble pas y avoir de rapports fixes entre l'anesthésie et l'hyperesthésie superficielle et l'état de la sensibilité profonde au niveau du *point épigastrique*, la superposition d'une zone d'anesthésie superficielle au point épigastrique douloureux étant fréquente, ces rapports nous semblent exister quand l'anesthésie ou l'hyperesthésie s'étendent à toute la région prégastrique.

11° L'hyperesthésie de la face antérieure de l'estomac s'observe aussi quelquefois à la suite d'efforts répétés et douloureux, de vomissements dans les crises gastriques tabétiques, dans les paroxysmes des sténoses du pylore, etc.

12° La localisation de la douleur à la palpation profonde peut quelquefois servir au diagnostic de lésions localisées de l'estomac : ulcère, cancer, périgastrite.

13° Ne sont pas hystériques seulement les hyperesthésies siégeant au niveau de la face antérieure de l'estomac, mais aussi celles qui contournent le flanc en forme de demi-ceinture, et gagnent la colonne vertébrale.

Nous n'avons pas accepté l'origine réflexe qui leur a été attribuée parce que la clinique ne confirme pas cette hypothèse.

Pour être réflexes et expliquables par la métamérisation de la moelle. Ces hyperesthésies devraient toujours, dans les maladies de tel organe, avoir telles limites. Elles devraient avoir avec les maladies causales des rapports de durée intimes.

Or, il n'en est rien.

Nous concluons au contraire en faveur de l'hystérie parce que dans ce cas, l'hyperesthésie étant psychique, corticale et non médullaire, elle n'a de limites que celles

que lui assigne l'imagination, elle ne rentre pas forcément dans un cadre anatomique. Pour la même raison, nous comprenons qu'elle ne soit pas absolument liée, quant à la durée, à la maladie qui l'a provoquée, n'ayant rien à voir avec la muqueuse.

Vu :

Le Président de la Thèse,
FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur,
GRÉARD.

